

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE FILOSOFÍA**

**Departamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos)**



**AUTOEFICIENCIA, DEPRESIÓN Y EL  
RENDIMIENTO ACADÉMICO EN ESTUDIANTES  
UNIVERSITARIOS.**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR  
PRESENTADA POR**

**José Serra Taylor**

Bajo la dirección del doctor

Javier González Marqués

**Madrid, 2010**

**ISBN: 978-84-693-6555-7**

© José Serra Taylor, 2010

# **UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

FACULTAD DE FILOSOFÍA

Departamento de Psicología Básica II

Procesos Cognitivos



AUTOEFICACIA, DEPRESIÓN Y EL RENDIMIENTO ACADÉMICO EN  
ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

Autor: José A. Serra Taylor

Director: Dr. Javier González Márquez

Madrid, 2009

## Reconocimientos

Deseo expresar mi gratitud por el apoyo recibido durante la realización de esta investigación a mis compañeros/as Docentes de la Consejería Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico.

A Raquel Maldonado, Alicia Ríos, María I. Jiménez, Georgina Bueno, Dagmar Guardiola y Estela Pérez, gracias por toda la ayuda y apoyo incondicional que me ofrecieron.

A los coordinadores del Programa Doctoral de Filosofía, Ciencias de la Conducta y Sociedad, los Doctores, Manuel Maceiras, Luís Méndez, Emilio García, Enid Miranda y a la Sra. Alicia Sánchez, Jefa de Alumnos, quienes hicieron posible que este programa de la Universidad Complutense se ofreciera en Puerto Rico. También a los doctores que ofrecieron los cursos y especialmente a mi director de tesis el Dr. Javier González Márquez, quien pacientemente estuvo siempre disponible para que terminara este proyecto.

A todos mis respetos y agradecimiento.

## Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi hija Abbygail quien es mi inspiración, a mis hermanos Edder (Pabel) y Martín, a mis padres José y Lucesita, a mi tía Cástula, a mi prima Lisse y a mis sobrinas Indianeth, Nashleen, Gabriela y Alexa. Gracias por estar siempre conmigo.

A mi poder superior por brindarme las oportunidades para lograr esta meta.

## Tabla de Contenido

PARTE I. REVISIÓN TEÓRICA	1
Capítulo 1. Proceso de Enseñanza y Aprendizaje	2
1.1. Aspectos Históricos de la Educación Superior en Puerto Rico, Política Pública, Instituciones Educativas, Financiamiento y Perfil del Egresado	2
1.1.1. Aspectos Históricos de la Educación Superior en Puerto Rico	2
1.1.2. Política Pública y Educación Superior en Puerto Rico	17
1.1.3. Instituciones Educativas Universitarias Pública y Privadas en Puerto Rico	19
1.1.4. Financiamiento de la Educación Superior	22
1.1.5. Perfil del Egresado Universitario	28
1.2. Aprovechamiento / Rendimiento Académico	33
1.2.1. Evaluación del Aprovechamiento Académico en Estudiantes Universitarios	36
1.2.1.1. Marcos de referencias	45
1.2.1.2. Procedimientos para la asignación de notas	47
Capítulo 2. Salud Mental	50
2.1. Salud Mental: conceptualización, trasfondo, desarrollo de los servicios y epidemiología de las condiciones mentales	50
2.1.1. Aspectos Históricos de la Evolución del Concepto Salud Mental	51
2.1.2. Definición de Salud Mental	55
2.2. Aspectos Histórico de la Evolución y Política Pública de los Servicios de Salud Mental en Puerto Rico	61
2.3. Epidemiología de las Condiciones Mentales	100
2.3.1. Prevalencia de los Servicios y las Condiciones Mentales	104
Capítulo 3: Depresión	107
3.1. Características Generales de la Depresión	107

3.2. Epidemiología	113
3.2.1. Impacto	114
3.2.1.1. Mortalidad	114
3.2.1.2. Morbilidad	115
3.2.1.3. Aspectos económicos	116
3.3. Diagnóstico	117
3.4. Etiología	123
3.4.1. Modelos Biológicos	124
3.4.1.1. Genética	124
3.4.1.2. Mecanismos Neurales	126
3.4.1.3. Sistema Neuroendocrino	129
3.4.1.4. Neuropéptidos	130
3.4.1.5. Estudio del Sueño	131
3.4.2. Modelos Psicológicos y Aspectos Socioculturales	132
3.4.2.1. Psicoanalítico	132
3.4.2.2. Conductual	134
3.4.2.3. Cognitivo	135
3.4.2.3. Cognitivo-Conductual	139
3.4.2.4. Aspectos Socioculturales	142
3.5. Depresión y Aprovechamiento Académico	149
Capítulo 4: Autoeficacia Académica	154
4.1. Teoría y Conceptos de Autoeficacia	154
4.2. Expectativas de Autoeficacia, Eficacia y Resultados	157
4.3. Fuentes de Eficacia	159
4.4. Autoeficacia y Ambiente Académico	162
4.4.1. Motivación Académica	164
4.4.2. Logro Académico	166
4.4.3. Estados Emocionales	166
4.4.4. Habilidades Académicas	171
4.4.5. Expectativas de Resultados	172
4.4.6. Autocompetencia	173

4.4.7. Autoconcepto	173
4.4.8. Autoregulación Académica	175
<b>PARTE II. ESTUDIO EMPÍRICO</b>	<b>177</b>
<b>Capítulo 5: Planteamiento del Problema y Método</b>	<b>178</b>
5.1. Introducción	178
5.2. Objetivos del Estudio Empírico	182
5.3. Hipótesis	183
5.4. Participantes	186
5.5. Procedimientos	186
5.6. Instrumentos	191
5.6.1. Escala de Autoeficacia General	191
5.6.2. Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung	192
5.6.3. Planilla de Datos Sociodemográficos	193
<b>Capítulo 6: Resultados</b>	<b>194</b>
6.1 Datos Sociodemográficos	195
6.1.1. Género Sexual	195
6.1.2. Edad	196
6.1.3. Estado Civil	197
6.1.4. Nivel de Clasificación Académica	198
6.2 Variable Dependiente	200
6.2.1. Nivel de Aprovechamiento Académico	200
6.3 Variable Independiente	201
6.3.1. Nivel de Percepción de Autoeficacia	201
6.3.2. Nivel de Depresión	202
6.4 Análisis de Hipótesis	205
6.4.1. Hipótesis 1	206
6.4.2. Hipótesis 2	206
6.4.3. Hipótesis 3	207
6.4.4. Hipótesis 4	207
6.4.5. Hipótesis 5	209
6.4.6. Hipótesis 6	211

Capítulo 7: Discusión	214
7.1 Preguntas de Investigación	214
7.1.1. Pregunta 1	214
7.1.2. Pregunta 2	215
7.1.3. Pregunta 3	217
7.1.4. Pregunta 4	218
Capítulo 8: Conclusión	227
Referencias	232
Apéndices	266
Apéndice A: Instrumento de Recopilación de Datos	267
Apéndice B: Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en Puerto Rico	268



## Lista de Tablas

Tabla 1	Comparación del costo de matrícula en Puerto Rico y Estados Unidos en el año 2000	25
Tabla 2	Distribución por grupos de edad	197
Tabla 3	Correlaciones de las variables autoeficacia, depresión, aprovechamiento académico, edad, tiempo en la universidad y cantidad de créditos	206
Tabla 4	Comparación de Medias del Nivel de Percepción de Autoeficacia, Depresión y Aprovechamiento Académico en lo Estudiantes de Universitarios Graduados y Subgraduados	210
Tabla 5	Comparación de Medias del Nivel de Percepción de Autoeficacia, Depresión y Aprovechamiento Académico en lo Estudiantes de Universitarios Masculinos y Fémimas	212

## Lista de Figuras

Gráfico 1	Distribución porcentual de la matrícula por institución (2000-2001)	19
Gráfico 2	Matrícula de Estudiantes en las Universidades en Puerto Rico	22
Gráfico 3	Ayuda Federales para Estudiantes Universitarios 2001-2002	26
Gráfico 4	Fuentes de Ingreso de las Instituciones de Educación Superior 2002	27
Gráfico 5	Porcentajes de Estudiantes Graduados de Escuelas Superior en Estados Unidos	29
Gráfico 6	Porcentajes de Estudiantes Graduados de Escuelas Superior en Estados Unidos por Origen Étnico	30
Gráfico 7	Grados de Bachillerato, Maestría, Doctorado y Primer Nivel Profesional conferidos en Puerto Rico desde 1991-2000	32
Gráfico 8	Grados de Maestría conferidos en Puerto Rico desde 1991-2000	33
Gráfico 9	Aplicación de la Autoeficacia en el Aprovechamiento Académico según Bandura	181
Grafico 10	Género Sexual	196
Grafico 11	Estado civil de los/as participantes	197
Gráfico 12	Nivel de Clasificación Académica	199
Gráfico 13	Nivel de Aprovechamiento Académico	200
Gráfico 14	Nivel de Percepción de Autoeficacia	201
Gráfico 15	Nivel de Depresión	202
Gráfico 16	Modelo de Correlación Múltiples	208

## PARTE I

### REVISIÓN TEÓRICA

## CAPÍTULO 1

### PROCESO DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE

#### 1.1. Aspectos Históricos de la Educación Superior en Puerto Rico, Política Pública, Instituciones Educativas, Financiamiento y Perfil del Egresado.

##### 1.1.1. Aspectos Históricos de la Educación Superior en Puerto Rico

El 19 de noviembre de 1493, Cristóbal Colón llegó a Puerto Rico. Sin embargo, la interacción europea comenzó diez (10) años después con la llegada del conquistador Juan Ponce de León. López Yustos (2006) señaló que con la llegada de los españoles a Puerto Rico, trajeron con ellos sus usos y costumbres relacionados con los estilos de vida y su cultura. Para el siglo XVI en Europa la educación era responsabilidad de la familia y la iglesia. Entre las diferencias entre las clases, se encontraba el que a los hijos de las personas pudientes se les proveía su educación a través de monasterios. Mientras que, los hijos de las personas pobres aprendían de sus padres su oficio aunque, las puertas de los monasterios se mantenían abiertas para instruir a ricos y pobres. El Rey de España, Fernando, el Católico, decidió que a los niños de cada poblado en Puerto Rico se les ofreciera algún tipo de educación. El 20 de marzo de 1503 ordenó que se les ofreciera instrucción religiosa, lectura y escritura:

“Otro sí: Mandamos al dicho nuestro gobernador, que luego faga facer en cada una de las dichas poblaciones e xuntos a las dichas iglesias, una casa, en que todos los niños que abiere en cada una de las dichas poblaciones, se xunten cada dos veces al día, para que allí el dicho capellán los muestre a leer e a escribir e santiguase, e digan la confesión e el Pater noster, e el Credo e Salve Regina” (Call y Toste, 1922:96).

A partir de esta orden y hasta varios siglos más tarde, todo lo relacionado con la educación estaba ligado a la evangelización y no se encontró ningún otro intento educativo por parte del gobierno. Coll y Toste (1922) señaló que Cristobal Colón recibió unas directrices de los Reyes Católicos donde los hijos de los caciques se incorporaban rápidamente a la cultura de los colonizadores. Esto pone de manifiesto la capacidad política que caracterizó a los Reyes Católicos, al reconocer que así los indios responderían mejor a los intereses de la Corona.

En 1512 se creó la sede Episcopal de San Juan Bautista y fue nombrado obispo don Alonso Manso, quien tenía dentro de sus responsabilidades impartir algún tipo de educación, por lo que comenzó a enseñar la gramática española. La Escuela de Gramática, con sede inicial en la Villa de Caparra, se trasladó, en San Juan, al Hospital San Alfonso, el cual por estar sin enfermos se usaba como escuela, mientras se construía la Catedral. Luego paso al atrio sur de

la Catedral y finalmente a la casa llamada de los Curas o Casa Parroquial (Cuesta Mendoza, 1946). La Escuela de Gramática funcionó por más de doscientos años, sostenida por los diezmos de la iglesia y por donativos de algunos vecinos. El contenido curricular constaba de: “gramática latina, no española, que comprendía la lengua, composición y literatura latina, historia sagrada, dialéctica, retórica, filosofía, teología y moral” (López Yustos, 2006: 5).

La clase de gramática de la catedral debía sostenerse con los diezmos que se pagasen a la Iglesia que, por disposición real, no incluyeron al oro y otros metales que se encontraban en la isla. Por algún tiempo, el obispo Manso se vio en dificultades para cobrarlos y tuvo varios altercados con los colonos a causa de ellos. Los obispos que le siguieron durante el siglo XVI, se vieron en dificultades similares y la clase de gramática tuvo que ser suspendida en más de una ocasión por falta de fondos para sufragarla.

Para el 1522, se inició la construcción del convento de los Dominicos donde se enseñaba gramática y artes liberales y se aceptaban estudiantes de educación superior. Por mandato del Papa Clemente VII, se fundó la primera universidad de Estudios Generales en América. Este relato fue tomado del documento papal titulado “In Splendide die”, fechado el 9 de enero de 1532. Este documento se

refiere al convento de los dominicos con este nombre por primera vez.

Mejía Ricart (1952), citado en López Yustos (2006:11) señaló:

“...autorizaba a los Conventos dominicos de Santo Domingo en la Española y de Santo Tomás de Aquino en San Juan de Puerto Rico, a sostener ‘Universidades de Estudios Generales’ para religiosos y seglares pudiendo las mismas conferir grados a los estudiantes laicos en todas las facultades, y que la Casa de noviciado de la Orden esté enraizada en el ‘Estudio General de Santo Tomás de Aquino de San Juan’, después de aprobado por el Capítulo General y el Gran Maestro de la Orden de los Dominicos. Disponiéndose por dicha Bula que los programas de estudios de ambos Estudios Generales de Santo Domingo y Puerto Rico, se ciñeran a las prescripciones establecidas en los Estudios Generales de Paris y Coimbra.”

Por otro lado, Tió (1971) citado en López Yustos (2006) sostiene la tesis de la fundación de la Universidad Primada de América en el Convento de Santo Tomás de Aquino de San Juan que duró más de doscientos años. Este indica que en la In Splendide Die, reconoce al Estudio General que estaba en operación desde la fundación del monasterio en el 1522. Sin embargo, tras los ataques de los ingleses en el 1598 y los holandeses en 1625 los frailes dominicos trasladaron sus labores a Santo Domingo. En el 1645, se comienzan las labores de

reconstrucción del convento. Además, Cuesta Mendoza (1946:170) señaló lo siguiente:

“Mas en cuanto a la Enseñanza Superior, en el Convento de Santo Tomás, desde mediados del siglo XVII, las pruebas de su existencia, abundan, no de ahora, sino de entonces mismo. La máxima autoridad de aquella época, y genuino representante de la cultura isleña, Torres Vargas, dejó de ello constancia firme en su “Descripción”, y en las Actas del Capítulo General de la Orden de Predicadores, celebrada en el 1647 en Valencia España, una y muchas veces dadas a la luz, aunque ignoradas en Puerto Rico, así consta por modo expresivo y claro, en estos términos: *Erigimus Convertum Sancti Thomae Aquinatis de Puerto Rico in Studium Generales humus Provincie, volentes quod lectores ibi legentes legant pro forma et gradu Magisterii*. Lo que significa en romance que la autoridad suprema de la Orden de Santo Domingo creaba y daba ser y categoría de Estudio General, para la Provincia de Santa Cruz de las Indias, al Convento de Santo Tomás de Puerto Rico”.

Cuesta Mendoza (1946) aclaró que en la Edad Media, las palabras Estudio General significan Universidad. A esos efectos los Estudios Generales en La Española, México y Perú eran válidos para los estudiantes de la Orden. Estos grados tenían equivalencias a los de



bachiller y doctor en las Universidades. Además, este título era reconocido universalmente, como si estuviera graduado de bachiller en alguna universidad en Europa. Sin embargo, estos títulos no aplicaban a los jóvenes, seglares y eclesiásticos que asistieron al Estudio General de Santo Tomás. Estos estudios fueron reconocidos en el 1788 y se les equiparó a los cualquier Universidad.

En el año 1688, el Obispo Padilla le escribió al rey informándole que aunque en la Isla imperaba la pobreza, se ha continuado enseñando a leer, escribir, contar y la doctrina cristiana. Cuesta Mendoza (1946: 95) señaló lo siguiente en su carta del 2 de febrero de 1688:

“Luego que vine a servir esta Iglesia, me dediqué como negocio más principal, al cuidado de la buena educación de la juventud, pagando a mi costa el maestro de escuela y dándoles asimismo todo lo necesario para que lograsen saber la doctrina cristiana, leer, escribir y contar, de donde resultó notable provecho. Y sin poderlo remediar, ha cesado en la mayor parte este ejercicio y se continúa su perdición, por la pobreza tan extremada del lugar, y ser al igual la mía para poderlos vestir, que es la mayor causa que hace a los padres retirarse con ellos a los campos, donde la desnudez, o por la costumbre o no haber

quien la repare, se disimula más. En la misma conformidad se halla el Estudio de Gramática”.

La educación en Puerto Rico no se conoció como pública durante los primeros siglos de colonización. Sin embargo, ésta se extendió a otros pueblos como lo fueron San Germán, Coamo, Arecibo, Ponce, Aguada y Loiza. De acuerdo a las Actas del Cabildo de San Juan de 1732, fue en una de sus reuniones que se acordó nombrar un maestro para que enseñara a leer, escribir y la doctrina a los niños de los hijos y los vecinos, por ser esto esencial. El cabildo de San Juan usó el término “escuela pública” a partir del 3 de noviembre de 1739. Dicho Cabildo nombraba maestros, pagaba sus sueldos y velaba por la educación gratuita y la enseñanza de calidad. En 1779, el Cabildo de San Juan se encargó, por primera vez, de abrir escuelas para niñas. Para esta misma fecha, los franciscanos también mantenían abierta una escuela primaria, por primera vez. El Cabildo de San Germán, también se ocupó de la educación pública a partir de 1797 (López Yustos, 2006).

En el Directorio General publicado en 1770 para informar sobre la labor del Gobernador Miguel de Muesas, se hace mención de la educación pública en las áreas rurales de la isla. En este Directorio se encuentra el primer esquema de un sistema de instrucción pública en Puerto Rico. De acuerdo a Sellés Solá y Osuna (1943) en el Directorio

de Muesas se decretó oficialmente la integración racial en las escuelas públicas de Puerto Rico, pues éste combatía el antagonismo de razas con el envío de mulatos y negros a la misma escuela de los blancos. López Yustos (2006) indicó que en Puerto Rico existía para esta época un espíritu democrático en el sistema de educación pública. Además, añadió que en el mismo momento en que el Estado comenzaba a tomar responsabilidades en cuanto a la instrucción, la disposición de Muesas se adelantaba a los tiempos.

Una de las mayores dificultades para el desarrollo de la educación en Puerto Rico fue el marcado absentismo, dado que los estudiantes vivían lejos de los centros donde se ofrecían las clases, situación que continuó durante los próximos siglos. Por lo que en el 1805, don Toribio Montes, gobernador de la isla estableció el decreto del 17 de septiembre, que aunque era parecido al de Muesas, decía que todos los niños de edad escolar debían ir a la escuela. Hace referencia a la necesidad de crear escuelas públicas para niñas. Más tarde don Miguel de la Torre echó abajo todos los esfuerzos de Montes. Mientras que Rafael Cordero, un negro tabaquero que en su taller de elaborar el tabaco, apartó un espacio para recibir a niños de educación primaria, blancos o negros, que quisieran aprender las primeras letras (Selles Solá y Osuna, 1943).

Para la fecha de la Constitución Española de 1812 ya se estaba organizando en Puerto Rico la Sociedad Económica de Amigos del País, la que fue fundada en 1813 por el sub Secretario del Tesoro, Alejandro Ramírez. Durante su existencia, esta institución realizó incontables esfuerzos para organizar y fomentar la educación en Puerto Rico. Cabe destacar entre sus logros, la promoción y auspicios monetarios en la apertura de varios centros educativos para varones; pero en especial para niñas; así como las iniciativas en la preparación de maestros, ya que no existía en Puerto Rico un lugar ni un programa para tales propósitos.

Mediante el Decreto Orgánico de 1865, el gobernador Félix María Messina ordenó la reorganización de todo el sistema educativo. Se dividió la primera enseñanza en elemental y superior, y se hizo obligatoria la elemental hasta los nueve años, según la Ley de la Península de 1841, con multas a los padres que no cumpliesen. Los niños certificados por el cura o por el alcalde como pobres tendrían la primera enseñanza elemental gratuita. Este decreto es importante ya que mediante el mismo "se entra en una fase de completa legalidad en la educación en Puerto Rico" (Rivera, 1984: 149).

El General Eugenio Despujol y Dussay tomó posesión del cargo de gobernador el 24 de junio de 1878 y dos años mas tarde, en 1880, completó su Plan de Instrucción Primaria, según el cual once escuelas

secundarias para ambos sexos, 204 escuelas elementales y 231 escuelas para muchachos en áreas rurales fueron fundadas. Juntamente con 26 instituciones privadas, este plan aumentó el número de establecimientos educacionales en la isla a un total de 556, con no más de 25,000 estudiantes (López Yustos, 2006).

En el 1882, el rey Alfonso XII, autorizó la inauguración del Instituto Civil de Segunda Enseñanza, conocido también como "el Instituto Provincial". Además del instituto, ofrecía preparación secundaria el Ateneo Puertorriqueño, fundado en 1876. El 28 de noviembre de 1883 el instituto abrió sus puertas a la juventud puertorriqueña, siendo su director José Julián Acosta. El real decreto proveía también que este instituto debía ser la única institución oficial de enseñanza secundaria en la isla, y que el Colegio de los Jesuitas y otras escuelas quedarían subordinadas a él. Desde su fundación, fue la única institución en Puerto Rico autorizada a graduar bachilleres. Dada la uniformidad de la enseñanza española, su programa de estudios era el que se cursaba en sus similares de la Península y se terminaba aproximadamente en cuatro años. El currículo del Instituto pretendió un programa mucho más amplio en el cual se incluían clases de francés, inglés, geometría y trigonometría, psicología, dibujo lineal y topográfico, figura y paisaje. Las clases se aprobaban por exámenes orales tomados ante un tribunal examinador nombrado por el Director

del Instituto. Los estudiantes pagaban moderados derechos de matrícula, derechos de exámenes y por el título de bachiller al graduarse. El costo promedio del bachillerato completo era de 170 pesos, más o menos, según Adolfo de Hostos en su Historia de San Juan, Ciudad Murada (López Yustos, 2006).

La Institución Libre de Enseñanza Popular fue fundada en 1888 por el profesor Jaime Comas y Montaner. Tenía como propósito proporcionar instrucción gratuita a las clases trabajadoras. Se daban clases nocturnas gratis en las aulas del Instituto Provincial, y los gastos eran cubiertos por los miembros de la Institución con sus pagos y donaciones, y ayuda financiera ocasional del Gobierno Provincial y el Consejo de la Ciudad de San Juan (López Yustos, 2006).

Coll y Toste (1909) opinó que ya para el 1897 la "instrucción pública estaba organizada en toda la isla". Entre San Juan y los restantes pueblos, con sus barrios y poblados, identificó a más de quinientos centros escolares de primera y segunda enseñanza con sus respectivos profesores y matrícula, clasificados en escuelas de enseñanza elemental y superior

El 9 de febrero de 1898 el régimen autonómico concedido a Puerto Rico por el Gobierno español, el primer sistema de autogobierno jamás concedido en la isla, fue inaugurado. Bajo la Carta Constitucional concedida por España, la isla obtenía casi todas las

prerrogativas de un estado soberano e independiente. El nuevo gobierno duró solo unos pocos meses porque las fuerzas armadas norteamericanas ocuparon la isla en julio de ese año. Durante ese breve período Don Manuel F. Rossy ocupó el Ministerio de Instrucción pública (López Yustos, 2006).

Durante el período español en la gobernación de Puerto Rico, fueron varios los esfuerzos por mejorar la educación y por fortalecer la educación pública como tal. Se promulgaron varios decretos entre éstos: el Reglamento de los tenientes a Guerra, (considerado como el primer documento oficial que regulaba la instrucción pública en Puerto Rico); Instrucción metódica sobre la conducta que deben observar los maestros de primeras letras para la enseñanza de los niños; las Comisiones de Instrucción Pública establecidas en los pueblos de la isla; la Academia Real de Buenas Letras; la Junta Superior de Enseñanza de Instrucción y el Decreto Orgánico de Despujols (López Yustos, 2006). No obstante, en los intentos por conseguir mejorar la educación, los mismos no alcanzaron sus metas, pues al llegar los norteamericanos a la isla encontraron un sistema de educación muy pobre, avalado por las tristes estadísticas de un 80% de analfabetismo, solamente 518 escuelas elementales, 26 escuelas de enseñanza secundaria y donde solamente el 16% de la población

escolar asistía a la escuela. Los sueldos de los maestros eran bajos y no tenían seguridad en el cobro.

La ocupación norteamericana en el 1898, a raíz del Tratado de Paris provocó una serie de reformas en las leyes que han regido la educación del país. En 1900, la Ley Foraker estableció el Departamento de Instrucción Pública y el puesto de Comisionado de Instrucción, quien sería el encargado de dirigir la educación puertorriqueña. El clima de cambios, ocasionó desajustes en todos los ámbitos de la vida de los puertorriqueños, promovido por la integración al nuevo sistema de cultura y valores (Brau, 1937: 277).

En los inicios de la ocupación militar, el estado caótico, resultante de la guerra hispanoamericana, hizo imperativa la adopción de medidas temporales para implantar el nuevo régimen. Entre los intentos por lograr este objetivo, identifica Negrón de Montilla (1990): la celebración de las fiestas nacionales norteamericanas, la organización de ejercicios patrióticos basados en la lealtad hacia los Estados Unidos, el cambio curricular, el cambio de idioma y de libros que reflejaban la vida norteamericana. Esto provocó el cierre de las escuelas y la suspensión de maestros, muchos de los cuales regresaron a España ante la situación de incertidumbre en Puerto Rico.

El 3 de octubre de 1898, en el Teatro Tapia en San Juan se celebró una asamblea para estudiar la situación en Puerto Rico luego



de la ocupación norteamericana el 25 de julio de 1898. De esta asamblea, y de sus resoluciones, se determinó el inicio del nuevo sistema educativo para los puertorriqueños. Se disolvieron todas las instituciones del gobierno español, entre éstas la Junta Provincial de Educación Pública, y se comenzó el proceso de reestructuración del nuevo modelo de enseñanza. Se instituyó el Negociado de Educación bajo el Departamento de lo Interior, entidad gubernamental responsable de implantar el nuevo régimen escolar (López Yustos, 2006).

En enero de 1899, el gobierno norteamericano nombró a John Eaton, ex Comisionado de Educación, para hacerse cargo de los asuntos educativos. Eaton, a su vez, seleccionó al Sr. Víctor S. Clark como su ayudante. Por instrucciones de Eaton, una de las primeras gestiones de Clark fue visitar la Isla, con el propósito de hablar con los maestros, repartir libros, mapas y la bandera de Estados Unidos de Norteamérica, así como de inspeccionar las escuelas y preparar un informe general, incluyendo en éste la localización de los centros educativos (López Yustos, 2006).

Basándose en el sistema escolar de Massachusetts, el 1 de mayo de 1899 el gobernador proclamó la primera ley escolar bajo el dominio norteamericano en Puerto Rico. La ley establecía la escuela pública ("Common Public School") por grados ("Graded School") para todos los

habitantes entre los seis y dieciocho años, no más de cincuenta estudiantes por maestro o maestra, la "coeducación"; es decir, que no se separaría niños y niñas, el calendario académico según el estadounidense (de lunes a viernes), la división de la isla en seis distritos escolares (San Juan, Fajardo, Arroyo, Arecibo, Ponce y Mayagüez), y la matrícula y los libros gratuitos. Se instituyeron las juntas municipales y sus responsabilidades; entre otras, la cualificación de los maestros y maestras mediante exámenes, el nombramiento de los directores escolares, ya que en el sistema español no existía esta posición, el sueldo de los funcionarios y la adquisición de los materiales educativos, así como la inspección de los edificios escolares, todo mediante los maestros de inglés, quienes "are familiar with the American School System", según Eaton (AGPR, Fondo: Municipal, Serie: Instrucción Pública, Legajo 69) La ley, también, autorizó una escuela normal para la preparación de maestros y maestras, y los comienzos de la organización de la Universidad de Puerto Rico.

A pesar de que en 1532 se fundó la primera universidad de Estudios Generales en América por mandato del Papa Clemente VII, no es hasta el 1900 con el aumento de la demanda de maestros que se fundó en Fajardo la Escuela Normal Insular e Industrial cuyo propósito fue suplir la demanda de adiestramiento y preparación de maestros

tanto en las áreas rurales como urbanas. Sin embargo, la distancia que separaba este pueblo del resto de la isla hizo que solo unos 20 maestros se matricularan inicialmente. Por esta razón, la escuela normal se movió al Municipio de Río Piedras en 1901. En este edificio, a partir del 12 de marzo de 1903, comenzó sus funciones la Universidad de Puerto Rico, institucionalizada mediante Ley de la Asamblea Legislativa durante la administración de Samuel McCune Lindsay, Comisionado de Educación desde 1902-04, quien promovió dicha legislación (López Yustos, 2006). En el Anejo 2 (Cronología Histórica del desarrollo de la Educación superior en Puerto Rico) en el cual se presentan los eventos importantes relacionados con la evolución y desarrollo de la educación superior en Puerto Rico.

#### 1.1.2. Política Pública y Educación Superior en Puerto Rico

En Puerto Rico, el organismo responsable de fomentar la educación superior, el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (CESPR) concede licencia y acredita las instituciones y los programas universitarios; administra fondos gubernamentales, federales y privados que se asignen para apoyar programas de educación superior y promueve el desarrollo de educación continua entre las clases profesionales del país.

Como se indicó anteriormente, el CESPR se creó mediante la Ley Número 17 del 16 de junio de 1993. Con la aprobación de esta

legislación se establece, por primera vez, un organismo responsable de coordinar los esfuerzos de la educación superior en Puerto Rico. Este organismo quedó constituido por primera vez el 15 de noviembre de 1993. Se compone del Secretario del Departamento de Educación de Puerto Rico, miembro ex-oficio, y ocho miembros designados por el Honorable Gobernador de Puerto Rico con el consentimiento del Senado de Puerto Rico. Los términos de estas designaciones son de seis años. Los consejeros designan entre sí un presidente y un vicepresidente.

Por otro lado, el Consejo General de Educación (CGE) es la entidad gubernamental responsable de la evaluación y del otorgamiento de licencia a las instituciones postsecundarias no universitarias, según la Ley 68 del 1990. El CGE reconoce dos tipos de programas: 1) vocacionales y 2) programas técnicos y de altas destrezas. Estos últimos requieren que el solicitante haya completado el diploma de escuela superior o su equivalente y muchos de estos programas están relacionados con ocupaciones que están reglamentadas por juntas examinadoras. Estos programas se ubican dentro del nivel postsecundario no universitario. Los programas vocacionales no requieren el diploma de escuela superior y no se consideran parte del nivel postsecundario no universitario.

### 1.1.3. Instituciones Educativas Universitarias Públicas y Privadas en Puerto Rico

En el Gráfico 1, que sigue a continuación se presenta la distribución porcentual de la matrícula de las Instituciones de Educación Superior (IES) en Puerto Rico. Según se puede observar, las dos instituciones de mayor antigüedad, la UPR y la UIPR, poseen más de la mitad de la matrícula de ES. La UPR es pública y la UIPR es privada. Las tres instituciones del SUAGM poseen el 12.3 por ciento de la matrícula y la PUCPR el 5.6 por ciento. Como habíamos visto anteriormente, estos sistemas universitarios tuvieron su origen en la década del 40. En estas cuatro IES se concentran tres cuartas partes de la matrícula de educación superior de Puerto Rico.

Gráfico 1

Distribución porcentual de la matrícula por institución (2000-2001)

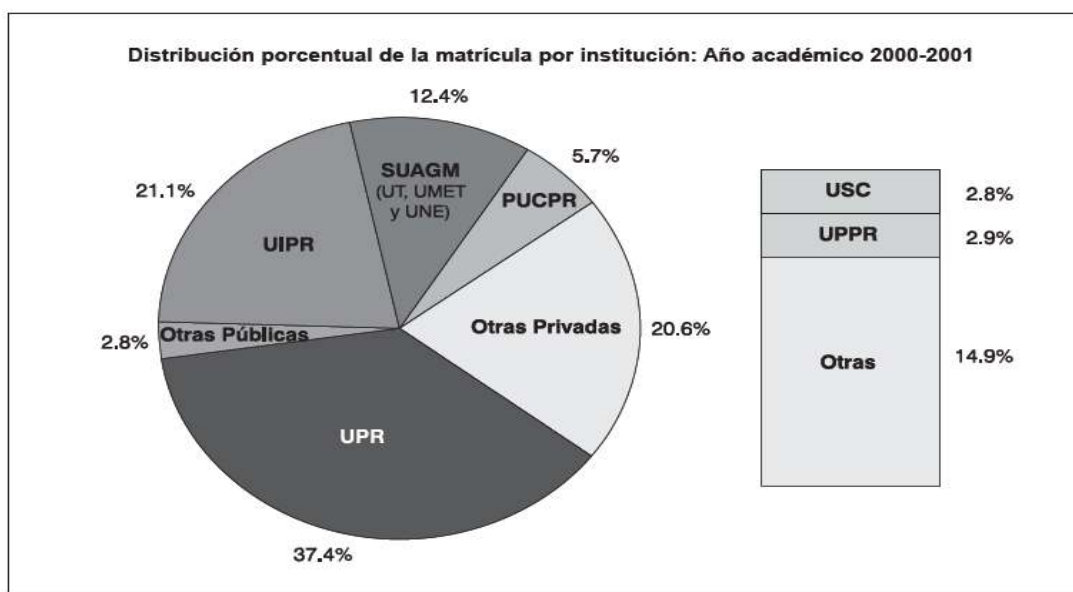


Gráfico tomado de: La Educación Superior en Puerto Rico. Consejo de Educación de Puerto Rico. Distribución porcentual de la matrícula por institución: Año académico 2000-2001: 20.

Para el año académico 2000-2001 existían aproximadamente 250 instituciones con la autorización del CGE. Estas instituciones ofrecen sus servicios en 309 unidades. En el total de las 250 instituciones no se incluyen 17 IES que también ofrecen programas académicos no universitarios, además de sus ofrecimientos de nivel universitario. Para ese año habían matriculado 51,192 estudiantes en las instituciones que operan con la autorización del CGE.

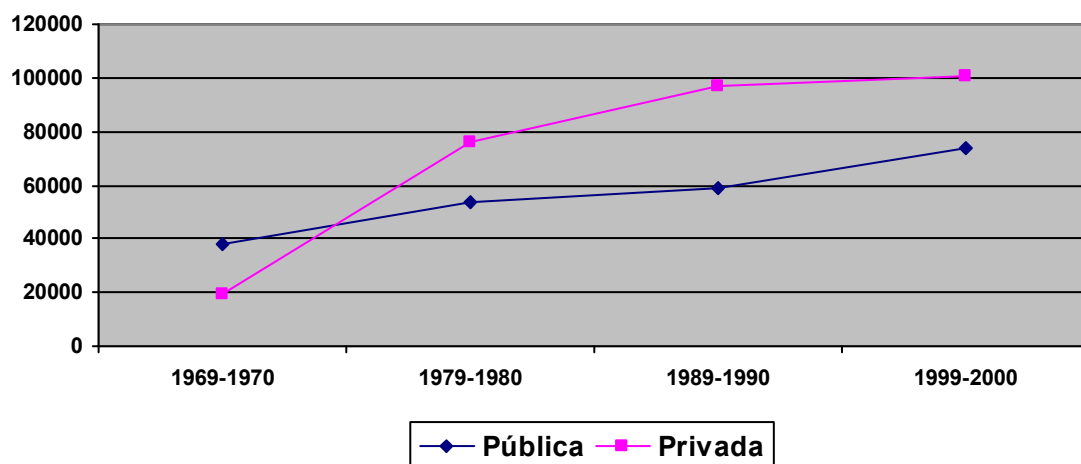
Las instituciones postsecundarias no universitarias tienen menos requisitos de admisión que las IES. Sin embargo, entre estas últimas existen diferencias en los requisitos de admisión y el grado de selectividad. Las IES establecen sus criterios de admisión de diferentes formas. Los indicadores que se utilizan con mayor frecuencia son los índices académicos de escuela superior y las pruebas para la evaluación y admisión universitaria que administra la Oficina de Puerto Rico y América Latina del College Board. Estas pruebas tienen un componente de Aptitud Académica (Verbal y Matemáticas) y otro de Aprovechamiento Académico (Español, Inglés y Matemáticas). Algunas IES, como la UPR, construyen sus criterios de admisión por medio de ponderaciones de los indicadores antes mencionados y otras

instituciones derivan los criterios de admisión directamente de los indicadores. Sin embargo, un gran número de IES mantiene políticas de admisión de “puertas abiertas”. La UPR es considerada como la IES más selectiva de Puerto Rico, siendo la primera opción para los estudiantes que egresan de escuela superior. Otro factor que incide en esto es el hecho de que, como institución pública, tiene los costos de matrícula más bajos.

En Puerto Rico se ha observado un crecimiento que se puede clasificar como extraordinario, ya que entre 1969-70 y el 1999-2000 el número de licencias aumentó de 5 a 46, mientras que la población estudiantil creció de 57,338 a 174,550. Este crecimiento fue principalmente en instituciones privadas, servían al 34% y en el 1999 aumentó a 58% Consejo de Educación Superior (2000).

Gráfico 2

Matrícula de Estudiantes en las Universidades en Puerto Rico



Fuente de Datos:

Consejo de Educación Superior (2000:6). Educación Superior en Puerto Rico: Hacia una visión de futuro, documento base. San Juan, Puerto Rico.

#### 1.1.4. Financiación de la Educación Superior

En Estados Unidos de Norteamérica existen alrededor de 20 programas federales para proveer ayudas financieras y beneficios contributivos para las personas que buscan educación superior. Las familias con ingresos bajos los \$34,000 anuales cualifican para las ayudas financieras. Esta población creció en un 80% desde 1990 hasta 2004. En comparación con sólo el 7% en familias de ingresos altos. Un comité de asesoría en asistencia financiera estimó que durante la primera década de este siglo, las barreras financieras mantenían fuera de las instituciones educativas a cerca de dos millones de estudiantes de escuela superior que cualifican para entrar a la universidad, cuyos ingresos eran de bajos a medianos. Cerca de la mitad de los estudiantes adquieren préstamos para financiar sus estudios universitarios. La media de la deuda en préstamos en estudiantes de instituciones públicas es \$15,500 y en las privadas es \$19,400. La mayoría de los adultos en los Estados Unidos (59%) y los padres de estudiantes que asisten a la universidad (63%) piensan que los estudiantes de hoy se gradúan con muchas deudas. El 80% de los



adultos piensa que la educación universitaria es importante, mientras que una década anterior era el 70% (Consejo de Ecuación Superior, 2000).

Las recomendaciones que ofrece la Secretaria del Departamento de Educación de Estados Unidos, Spellings (2006) es que los gobiernos federal, estatales y las instituciones deben incrementar las ayudas económicas para aumentar el acceso y admisión de los estudiantes; aumento en la retención o graduación; reducir las deudas; y eliminar las tarifas inflacionarias de los pagos de cuotas que han incrementado los costos educativos.

Por otro lado, en España, Bricall (1999) indicó en el "Informe Universidad 2000" que el gasto total en educación superior en España representa el 1.1% del Producto Interior Bruto (PIB). De la comparación de la situación con los países de su entorno se advierte que el sistema universitario español debería aumentar su gasto por estudiante, para alcanzar niveles similares a los de los principales países europeos, entre \$1,500 y \$2,000 dólares, que situaría el gasto por estudiante entre \$6,500 y \$7,000 dólares, más cerca de los gastos de Francia (\$6,500), Irlanda y Reino Unido (\$7,200). Esto requiere aumentar el gasto total en la enseñanza superior entre un 0.3% y un 0.4% del PIB, aproximadamente.

Bricall (1999) propuso un incremento en el financiamiento de la educación superior que aumente la proporción actual del financiamiento público de 76% y privado de 24% a una de 80%-20% respectivamente. En este mismo informe se sugiere aumentar sustancialmente el número de estudiantes que reciben becas, de 17.3% a un 40% para los estudiantes de los primeros cursos, y de becas para favorecer el acceso y la igualdad de oportunidades en las instituciones educativas. En cambio, en el informe se recomienda que las becas cubran un 10% de los estudiantes de últimos cursos, en los cuales se daría prioridad a un sistema de "préstamos-renta", cuyo programa piloto, a semejanza de los programas ya implantados en algunos países europeos (Reino Unido, Noruega, etc.), se estima que "debería estar dirigido a cubrir un 30% de los estudiantes de últimos cursos." Estos préstamos-renta los concedería el Estado sin interés y serían de devolución diferida, una vez que el graduado se incorpore al mercado laboral y sus ingresos alcancen la ingreso per cápita medio.

En Puerto Rico, de acuerdo al Consejo de Educación Superior de Puerto Rico, para el año 2000 el costo promedio de cuatro años de un estudiante en la universidad pública fue de \$740 dólares y en Estados Unidos es \$3,351. El costo promedio de las universidades privadas en Puerto Rico compara con los costos de las universidades públicas en Estados Unidos.

Tabla 1

Comparación del Costo de Matrícula en Puerto Rico y Estados Unidos  
en el año 2000

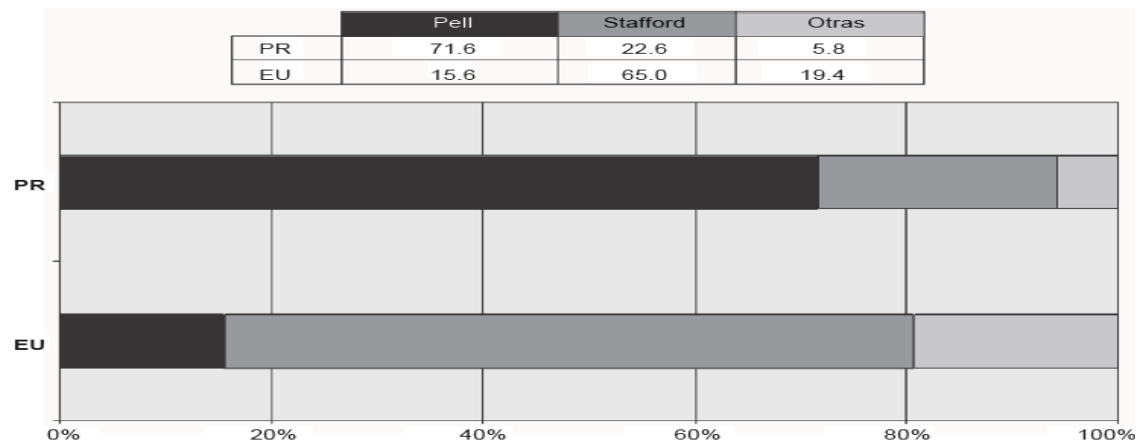
Lugar	Matrícula Total	Matrícula Graduada	Porcentaje de Grad. / Total	Porcentaje de Mat. Total / Pob.	Costo de Matrícula Promedio IES Pub. 4. años	Costo de Matrícula Promedio IES Priv. 4 años
Puerto Rico	175,802	17,378	9.9	4.6	\$720	\$3,492
Estados Unidos	14,549,189	1,769,720	12.2	5.2	\$3,351	\$14,690

Fuente de Datos:

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004:37). La  
Educación Superior en Puerto Rico: Observatorio de la Educación  
Superior de América Latina y el Caribe. San Juan, Puerto Rico.

Gráfico 3

## Ayuda Federales para Estudiantes Universitarios 2001-2002



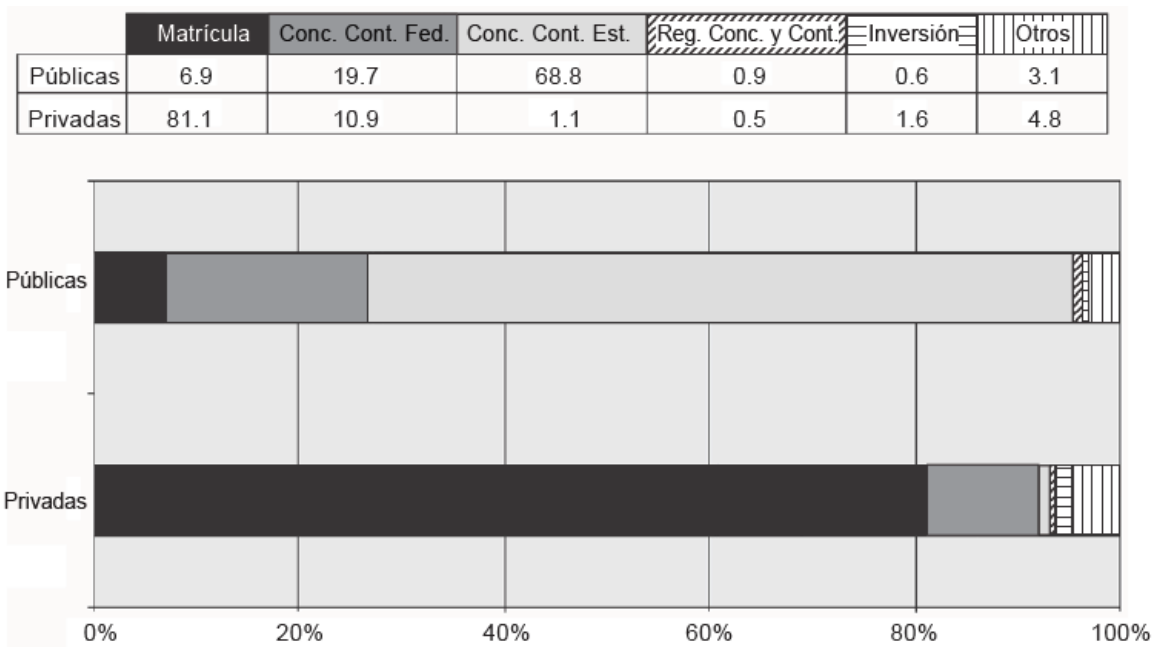
Fuente de Datos:

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004:38). La Educación Superior en Puerto Rico: Observatorio de la Educación Superior de América Latina y el Caribe. San Juan, Puerto Rico.

En términos de financiación existe una diferencia entre Puerto Rico y Estados Unidos, ya que en Puerto Rico el 71.6% de los fondos provienen de las becas "Pell Grants", el 22.6% de préstamos "Stanfford Loans" y el 5.8% de otras fuentes. Mientras que en Estados Unidos 65% son préstamos "Stanfford Loans", 19.4% otras fuentes y 15.6% de becas "Pell Grants".

## Gráfico 4

## Fuentes de Ingreso de las Instituciones de Educación Superior 2002



Fuente de Datos:

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004:41). La Educación Superior en Puerto Rico: Observatorio de la Educación Superior de América Latina y el Caribe. San Juan, Puerto Rico.

De acuerdo a los datos observados en el Gráfico anterior, la financiación de la educación superior privada en Puerto Rico muestra una gran dependencia de los fondos federales que reciben los estudiantes en forma de becas para financiar sus estudios. Mientras que en la universidad del Estado su dependencia mayor es de fondos estatales. En términos de las fuentes de ingresos en las instituciones privadas el 81.1% de ingreso proviene del pago de matrícula, 10.9%

de concesiones y contratos federales y 1.6% de la inversión. En la universidad del estado, el 68.9% de los ingresos provienen de asignaciones y contratos estatales, 19.7% de asignaciones y contratos federales y 6.9% del pago de matrícula.

En términos de gastos de las Instituciones de Educación Superior en Puerto Rico entre los años 1996 y 2002 se observó lo siguiente: en las universidades privadas la partida de instrucción aumentó de 42.6% a 48.4%; apoyo académico de 8.0% a 9.2%, servicios a estudiantes 9.0% a 10.2%, el apoyo institucional se redujo de 30.0% a 22.8%, y otros gastos se redujeron de 10.5% a 9.4%. Mientras que en la universidad del estado, la partida presupuestaria para la instrucción aumentó de 30.2% a 31.1%, el apoyo académico disminuyó de 9.78% a 7.83%, los servicios a estudiantes se mantuvieron en 4.1%, y el apoyo institucional aumentó levemente de 14% a 15%.

#### 1.1.5. Perfil del Egresado Universitario

En Estados Unidos, el *Manhattan Institute for Policy Research* (2005) señaló que en el año del 2002 se graduaron de escuela superior el 71% de todos los estudiantes; 78% de raza blanca, 56% afro-americanos y 52% hispanos

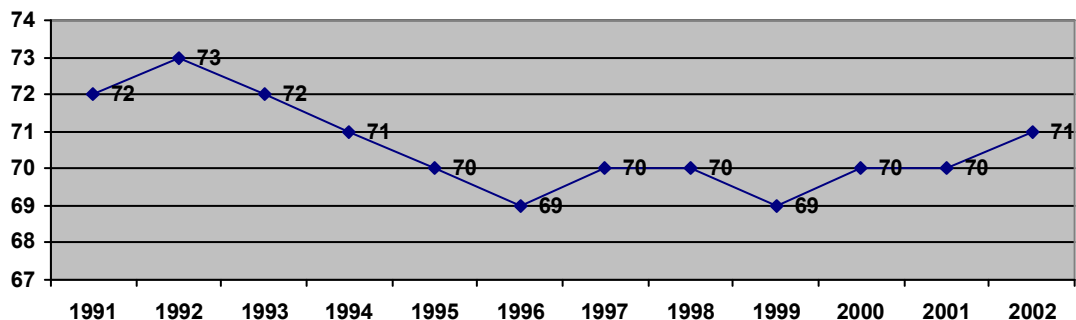
En términos de los estudiantes que entran en noveno grado, sólo un poco más de una tercera parte de estudiantes que comienzan el noveno grado termina la escuela con una diploma y preparado para

entrar a la universidad. Sin embargo, en las minorías sólo el 23% de los afro-americanos y 20% de los hispanos, mientras que, los estudiantes blancos es el 40%. Mientras que para los estudiantes de escuela superior que terminan la escuela superior y están preparados para entrar en la universidad en el 1991 era 25% y en el 2002 aumentó a 34%.

De acuerdo al *National Center for Education Statistics* (NCES) en el año 2003 el 85% de los adultos de 25 años o más (Stoops, 2004). Sin embargo, estos datos se oponen a los datos señalados anteriormente ya que el NCES realiza una encuesta nacional representativa de los hogares realizados a través de la oficina del Censo de los Estados Unidos.

#### Gráfico 5

Porcentajes de Estudiantes Graduados de Escuelas Superior en Estados Unidos

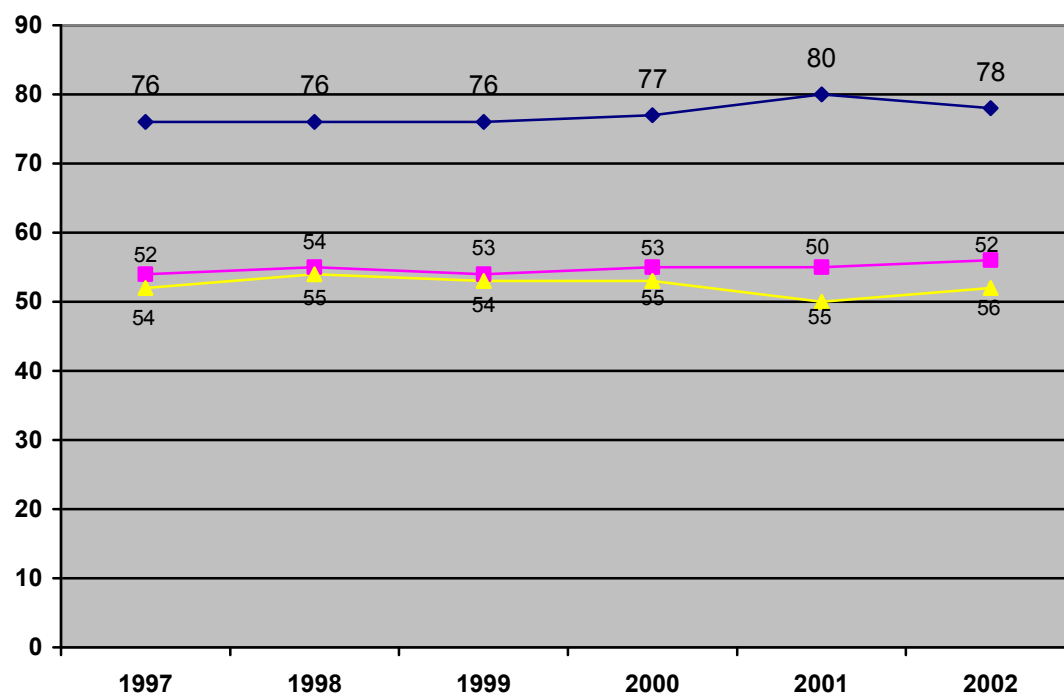


Fuente de Datos:

Manhattan Institute for Policy Research. (February 2005:20). Public High School Graduation and College-Readiness Rates: 1991-2002.

Gráfico 6

Porcentajes de Estudiantes Graduados de Escuelas Superior en Estados Unidos por Origen Étnico



Fuente de Datos:

Manhattan Institute for Policy Research. (February 2005:21). Public High School Graduation and College-Readiness Rates: 1991-2002.

En términos universitarios, una tercera parte de los norteamericanos blancos obtienen su bachilleratos entre los 25 y 29 años de edad. Mientras que para los afroamericanos es el 18% y los hispanos 10%. En términos económicos, el ingreso de un norteamericano con diploma de educación superior es 37% más bajo que otro con un grado de bachiller. En el 2003, la mediana del salario



de una persona con diploma de escuela superior era \$30,800, comparado con uno con grado asociado con ingresos de \$37,600 y con grado bachiller era \$49,900. En su vida productiva esa persona ganará en promedio \$2.1 millones, casi dos veces lo que ganará una persona con diploma de escuela superior (Spellings, 2006).

De acuerdo a los datos provistos por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004) se observó un crecimiento en los grados conferido de bachillerato durante la década del noventa. Los datos indicaron que se confirieron 15,724 en el 1999-2000 y 13,431 en el 1991-1992. Esto equivale a un incremento de 14.6%. Durante el último año mostrado en el Gráfico 7, el 53.2% corresponden a estudiantes de instituciones privadas y 46.8 del sector público. De los 15,742, el 65.8% son féminas y 34.2% varones.

En los Grados de Maestría conferidos hubo 51% de incremento desde 1991 al 2000. Del último año, 74.8% fueron conferidos de universidades privadas y 25.2% en universidades públicas. De éstos, el 67.2% eran féminas y 32.8% eran varones. Las disciplinas dominantes fueron administración de empresas con 30.6%, educación con 28.3% y ciencias y profesionales relacionados a la salud 12.0%.

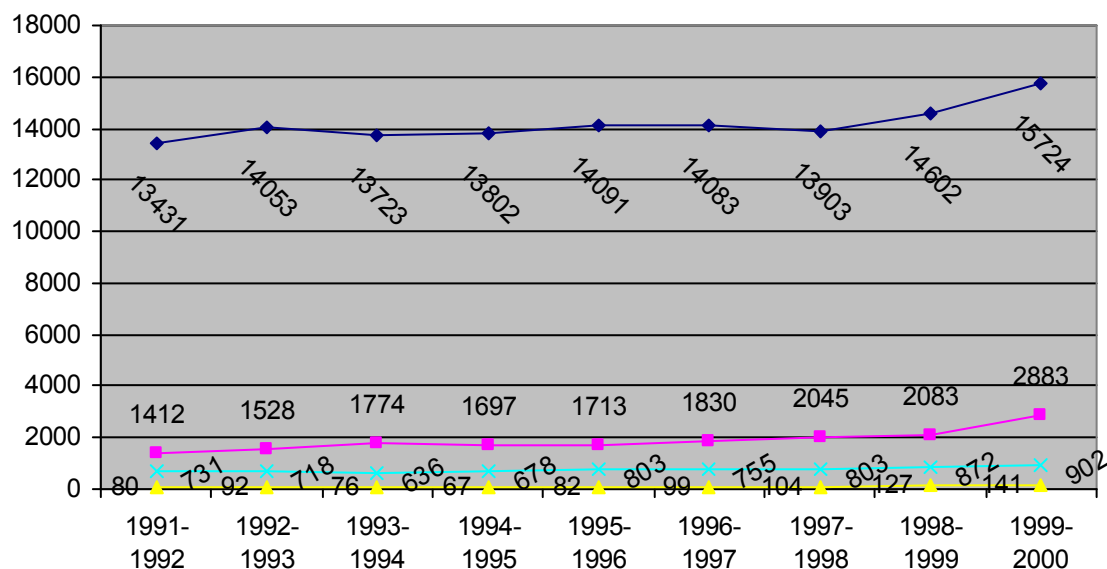
En términos de los Grados de Doctorados hubo un incremento de 56.7% desde 1991 al 2000. En el último año se distribuyeron de la siguiente manera: en el sector privado 79 y en el público 62. De éstos

el 73.1% eran fémininas y 26.9% varones. En éstos grados conferidos las disciplinas que predominaron fueron educación con 41.1% y psicología con 40.4%.

En los Grados de Primer Nivel se observó un aumento de 19% entre los años 1991 y 2000. El 71.1% se graduaron de universidades privadas y 28.9% en universidades públicas. En estos grados se destacan las disciplinas de derecho y medicina.

### Gráfico 7

Grados de Bachillerato, Maestría, Doctorado y Primer Nivel Profesional conferidos en Puerto Rico desde 1991-2000

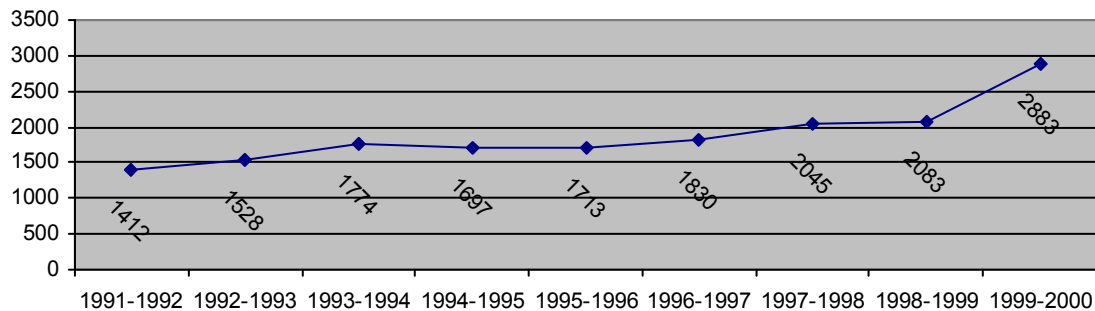


Fuentes de los Datos:

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004:34). La Educación Superior en Puerto Rico: Observatorio de la Educación Superior de América Latina y el Caribe. San Juan, Puerto Rico.

## Gráfico 8

### Grados de Maestría conferidos en Puerto Rico desde 1991-2000



#### Fuentes de los Datos:

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004:34). La Educación Superior en Puerto Rico: Observatorio de la Educación Superior de América Latina y el Caribe. San Juan, Puerto Rico.

#### 1.2. Aprovechamiento / Rendimiento Académico

El aprovechamiento se define como el aprendizaje de tipo afectivo, motor y racional. Este aprendizaje varía de acuerdo con las circunstancias o condiciones orgánicas y ambientales que determinan las aptitudes y las experiencias de cada caso en particular.

El aprendizaje es el resultado de experiencias que son deliberadamente estimuladas o provocadas por los maestros. Esto se clasifica como prueba de aprovechamiento.

La evaluación del aprovechamiento satisface tres necesidades fundamentales del educador: Primero, investigar qué necesitan aprender sus alumnos, esto es, qué es lo que debe enseñárseles.

Segundo, investigar cómo puede el maestro ayudarles más eficazmente o aprender lo que necesitan aprender; y tercero, determinar el progreso alcanzado en el desarrollo de sus objetivos de instrucción.

El aprovechamiento debe concebirse como aquello que el estudiante aprende o debe aprender, como consecuencia de sus actividades y como reacción a los estímulos que recibe de sus maestros. No es lo que el estudiante hace para aprender. Es más bien, lo que el estudiante aprende y que constituye el objetivo de enseñanza, lo cual consiste en conocimientos, comprensiones, habilidades, actitudes, entre otros. Es decir, lo que el estudiante desarrolla como resultado de sus experiencias académicas.

La institución educativa tiene la responsabilidad de determinar las necesidades reales que debe satisfacer. Esto requiere conocer bien a los estudiantes, familiarizarse con los programas de estudio y lo que en ellos se propone como objetivos de enseñanza, conocer los métodos o procedimientos más eficaces para lograr tales objetivos y determinar finalmente si es posible lograr lo que se pretende. Antes de decidir lo que necesitan aprender los alumnos, es preciso comparar lo que se puede conseguir y lo que ya se ha logrado.

De Alba Alicea (1984) señaló que el aprovechamiento son las calificaciones obtenidas por los estudiantes tanto en el aspecto

cognoscitivo como en la conducta, mientras que el aprendizaje es la adquisición de conocimiento o modificación de la conducta. Con rendimiento académico se quiere significar, además, aquellos conocimientos y destrezas que se evalúan a través de exámenes para medir el nivel de aprendizaje que de ellos obtiene el estudiante, conocimiento y destrezas que ex – profeso, se especifican en los objetivos de la enseñanza.

Bunker Aponte (1966: 84) definió el aprovechamiento escolar desde el punto de vista de objetivos claramente establecidos: “El aprendizaje se expresa como aprendizajes afectivos, aprendizajes motores o aprendizajes racionales. El aprovechamiento varía de acuerdo con las circunstancias o condiciones orgánicas y ambientales que determinan las aptitudes y las experiencias de cada caso particular. Cuando lo aprendido es resultado de experiencias que se logran sin ayuda alguna de la enseñanza formal (como ocurre con las aptitudes, comprensiones y habilidades consideradas en la evaluación de aptitudes) no se consideran como aprovechamiento escolar. Para considerarlo como aprovechamiento escolar, es necesario que lo aprendido constituya un objetivo de enseñanza”.

Fontana (1986) realizó una investigación cuyos objetivos eran establecer un perfil de las características representativas de 150 estudiantes universitarios. Este investigador encontró que existen

varios factores que guardan alguna relación con el rendimiento académico, entre los que encuentran: los hábitos de estudios, el contenido de los cursos, el profesor, factores sociales, interés, motivación, habilidad, seguridad en el hogar, los pares, la suerte, seguridad económica y la salud.

#### 1.2.1. Evaluación del Aprovechamiento Académico en Estudiantes Universitarios

En el aprendizaje interaccionan múltiples elementos, tales como los motivacionales, emocionales y del desarrollo. Sin embargo, estos elementos se conceptualizan de acuerdo al marco filosófico donde se organizan las ideas. Por ejemplo, para los conductistas, el aprendizaje es un cambio de conductas observables causado por eventos de ambiente. Mientras que, Puente Ferreras (1998) para los psicólogos cognitivos esta perspectiva es diferente, ya que el aprendizaje es un cambio en la disposición de un organismo para comportarse de una manera determinada como resultado de la experiencia, el estudio, la instrucción, la observación y la práctica. En una explicación enfocada en los procesos, Ruiz Sánchez de León, Fernández Guinea y González Marqués, señalaron que el aprendizaje es el proceso por el cual ocurren cambios duraderos en el potencial conductual como resultado de la experiencia.

A través del proceso de adjudicar notas o calificaciones, las instituciones académicas evalúan y registran los cambios ocurridos en el aprendizaje de los estudiantes. Este proceso se utiliza para que los profesores y maestros provean retroalimentación a los estudiantes e informen a sus instituciones sobre el aprovechamiento o rendimiento académico de los estudiantes que están adscritos a esa comunidad educativa. Sin embargo, este proceso ha levantado la preocupación del papel de los actores al adjudicar dichas calificaciones.

Medina y Verdejo (2000) señalaron que la comunidad educativa ha venido manifestando una preocupación desde principios del Siglo XX respecto a la influencia de los valores y expectativas personales al calificar a los estudiantes. En el 1912, Starch y Elliot encontraron una influencia de los valores y las expectativas de los maestros en la calificación que daban a sus alumnos.

Las asignaciones de notas son una responsabilidad de los maestros del salón de clases. Esta requiere el pasar juicio acerca del aprovechamiento y progreso de los estudiantes en diferentes momentos.

La forma escrita de expresar estos juicios puede variar de un sistema educativo a otro. Por ejemplo, el sistema público o privado se utilizan cinco letras (A, B, C, D y F) y un sistema de numerales.

Medina y Verdejo (2000) indicaron que para medir el aprovechamiento académico, en Puerto Rico se han utilizado los conceptos de calificaciones y notas. Ambos se han utilizado para referirse a símbolo numérico o alfabético, que se emplean para indicar la apreciación o el estimado que se hace de la calidad del trabajo o del aprovechamiento de un estudiante. Este aprovechamiento académico representa el índice académico que cada estudiante presenta en su historial académico completo (González Pérez, 1990)

Medina y Verdejo (2000), Airasian (1997), Kubiszyn y Borich (1996), y Thorndike y Hagen (1955) señalaron que las notas representan el juicio de una persona acerca del aprovechamiento del estudiante. Además, se utilizan los resultados de las pruebas escritas para asignar las mismas. De acuerdo a Cunningham (1998), las notas constituyen un proceso de valoración que es subjetiva y dependiente del contexto en que se adjudica. Estas forman parte del expediente académico de cada estudiante y se le adscriben cierto valor social (por ejemplo, “buenas” y “malas”). Además, en los estudiantes y maestros pueden producir consecuencias negativas, frustraciones (Brookhart, 1991 y 1993) y resentimientos personales (Collazo y López, 1994).

El propósito de las notas es comunicar la evaluación de las metas y objetivos instruccionales propuestos. A nivel administrativo, las notas son necesarias para la graduación, rango en las clases,



promoción de grados, elegibilidad de becas, programas administrativos, admisiones a instituciones universitarias, entre otros. Se utilizan letras y numerales para realizar el cómputo del promedio académico. A nivel informativo, se utilizan para informar al estudiante y otras personas interesadas en el aprovechamiento y progreso académico del estudiante. A nivel motivacional, Medina y Verdejo (2000), Thorndike y Hagen (1955) y Ebel (1972) y Airasian (1997) señalaron que las notas pueden motivar a los estudiantes. Estas contribuyen a la motivación a través de las expectativas de éxitos y fracasos en las actividades diarias del salón de clases. Además, para recibir opiniones favorables sobre su ejecución, ya que se registrará en su expediente académico y para anticipar los efectos que pueden tener los informes de notas en otras personas. Por último, provee al estudiante una retroalimentación sobre su desempeño. A nivel de orientación, ayuda al estudiante sobre la selección de cursos, carreras y servicios educativos.

En términos de símbolos, las notas se representan en forma de letras y numéricamente. Las letras son uno de los símbolos más usados comúnmente. En Puerto Rico, se ha utilizado cinco letras: A, B, C, D y F. A cada letra se le adjudica un valor o significado cualitativo. Donde A, representa el equivalente a una labor excelente; la B, equivale a una labor buena; la C, equivale a una labor regular o

promedio; la D, equivale a una labor deficiente; y la F, equivale a una labor de fracaso. Sin embargo, se le asignan valores numéricos o cuantitativos, donde A= 4, B=3, C=2, D=1, y F=0.

Entre las ventajas se encuentran que proveen un resumen conveniente y conciso del aprovechamiento del estudiante; los símbolos son familiares para los estudiantes, los padres y la comunidad; pueden convertirse a un valor numérico y utilizarse para propósitos administrativos para determinar el promedio académico; y pueden convertirse a diferentes sistemas de puntuaciones. Mientras que, entre las limitaciones se encuentra, que proveen solo para un índice general del aprovechamiento. Esto no permite evaluar la combinación de conocimiento y destrezas. Otra limitación, es que no provee suficiente información para determinar las fortalezas y dificultades del estudiante. Por otro lado, para sacar el promedio es necesario cambiar las letras a numerales. Además, otras características personales del estudiante, aparte del aprovechamiento, pueden influir en la asignación de notas. Por último, el significado de cada nota puede variar de acuerdo con la persona que la asigna.

En la representación numérica de las notas, en Puerto Rico se realiza la combinación de una escala de cinco valores numérico (4, 3, 2, 1 y 0) con una correspondencia de letras (A, B, C, D y F). Además, se utiliza una escala porcentual, que se distribuyen de la siguiente

forma: 100 a 90 A, 89 a 80 B, 79 a 70 C, 69 a 60 y 59 a 0 F. Entre las ventajas de utilizar este sistema de calificación se encuentran: proveer un resumen eficiente de aprovechamiento estudiantil y proveer una base numérica conveniente para calcular el promedio académico.

Mientras que, entre las desventajas se encuentra las dificultades de interpretación por parte de los estudiantes y sus padres; no comunican fortalezas, ni dificultades; y el significado de los numerales pueden cambiar de una situación a otra. En una investigación, De Jesús Travado (1988) indicó que el rendimiento académico de los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras se define por el sistema de calificaciones de acuerdo a la siguiente escala básica: A es Sobresaliente, B es Bueno, C es Satisfactorio, D es Aprovechado pero deficiente y F es Fracaso.

Medina y Verdejo (2000) señalaron que en México se utiliza la siguiente escala de calificación: 10 Excelente, 9 Muy bien, 8 Bien, 7 Regular, 6 Suficiente y 5 No suficiente. Mientras que, Nieves Herrera (1997) indicaron que en el sistema educativo colombiano, en la escala numérica han ocurrido cambios en el sistema de calificación. Primero era una escala de cero a cinco (5 Muy bien, 4 Bien, 3 Regular, 2 Mal, 1 Muy mal o Pésimo); luego una de tres a cinco (4.4 a 5.0 Excelente, 3.7 a 4.3 Bueno y 3.0 a 2.7 Satisfactorio). Recientemente se utiliza una

escala del uno al diez (10 a 9 Excelente, 8.9 a 8 Bueno, 7.9 a 6 Aprobado y 5.9 a 1 No Aprobado).

Otros símbolos que se utilizan en la calificación de los estudiantes son las categorías de Aprobado y No aprobado. Medina y Verdejo (2000) señalaron que en Estados Unidos comenzaron a utilizar este sistema de calificación por la poca importancia que tenían las notas fuera del mundo académico y la preocupación de los estudiantes por obtener buenas notas. Además, hacía que los estudiantes no tomaran otros cursos que les beneficiaban y les motivaba a incurrir en actos de deshonestidad académica. Este sistema se utiliza en algunos cursos universitarios de manera tal que no afecta el promedio académico general o concentración (especialidad) del estudiante. En términos de sus ventajas se encuentra que es un sistema dicotómico simple y el estudiante siente menos competencia y presión que con otros tipos de notas. Mientras que las limitaciones se encuentra que no refleja muy bien los niveles de aprovechamiento que el estudiante demuestra; provee menos información acerca del aprendizaje que las letras o numerales; es difícil mantener estándares altos con este tipo de notas; y tiene menos confiabilidad que el sistema de cinco letras.

Una última representación de las notas se realiza en por cientos. Estos indican la porción del contenido que el estudiante ha aprendido o dominado. Se utiliza una cantidad entre 0% y 100%, donde 100%

representa aprovechamiento total del material y 0% que carece de éste contenido. Los porcentajes pueden estar basados en una fracción del total de puntos acumulados en un período escolar o en el total obtenido de los diferentes trabajos realizados, o la puntuación más alta de un estudiante, o un punto arbitrario. Las ventajas son que proveen un resumen conveniente del aprovechamiento del estudiante; son fáciles de calcular, resumir, combinar y de entender; corresponde al porcentaje del material que el estudiante ha aprendido con relación a los objetivos y el contenido; y se pueden convertir a letras o numerales, si es necesario. Mientras que, las limitaciones son dificultad para distinguir entre los diferentes niveles de aprovechamiento en forma precisa; sólo indican el aprovechamiento general; no se pueden observar diferencias entre una o dos unidades de por ciento; no indican las fortalezas, ni las dificultades de los estudiantes; su valor va a depender de cómo se calculó y de los factores que se consideraron; su significado puede variar entre grupos; y los estudiantes puede sentir presión por la competitividad.

En términos generales, Medina y Verdejo (2000) señalaron que entre las ventajas de las notas se encuentran: (1) es una forma breve y eficiente de informar el aprovechamiento; (2) son uno de los mejores predictores de las notas futuras; (3) sirven como un resumen general del aprovechamiento; (4) cuando se utilizan símbolos pueden

convertirse a números para calcular el promedio académico del estudiante; y (5) consumen menos tiempo en la preparación de los informes. Por otro lado, entre las limitaciones se encuentran: (1) carecen de definiciones claras y generalmente aceptadas acerca de lo que cada nota significa; (2) falta de evidencia suficiente y objetiva en que se fundamente la asignación de notas; (3) sesgos y opiniones de diferentes tipos pueden influir en la asignación de las notas y reducir su validez; (4) son una medida imprecisa de las competencias de los estudiantes; y (5) pueden producir efectos negativos en los estudiantes, tales como sentimientos de fracaso, deshonestidad académica y competencia excesiva.

Brookhart (1991 y 1993) indicó que para los maestros, el proceso de adjudicar notas es uno demandante y difícil. Este autor indicó que son pocos los maestros que tienen la preparación formal en cómo calificar y asignar notas a los estudiantes y se le proveen poca ayuda u orientación acerca de este proceso. Además, los maestros conocen la seriedad con la que los estudiantes, padres y la comunidad toman las notas, por lo que van a ser objetos de críticas. Por último, existe mucha ambigüedad en términos de los aprendizajes esperados, los que deben enseñar los maestros, la atención a las necesidades de los estudiantes y el ser objetivo con la asignación de las notas.

#### 1.2.1.1 Marcos de referencia

Los marcos de referencia establecen la base para comparar el desempeño de cada estudiante. Existen tres criterios o estándares de ejecución. Estos son el normativo, el ligado a criterios y el propio.

En el marco de referencia normativo, la asignación de notas se hace comparando el aprovechamiento del estudiante con otros en un grupo. La nota de cada estudiante indica cómo el estudiante realizó su trabajo académico en relación con otros estudiantes de su grupo. Los estudiantes que lograron mejor desempeño en las labores académicas que sus compañeros reciben las mejores notas. Usualmente, se utiliza el modelo de curva normal de distribución. En este enfoque la asignación de las notas va a depender de la ejecución y composición del grupo. De acuerdo a Medina y Verdejo (2000), algunos autores no recomiendan este tipo de comparación, ya que fomenta la competitividad y reduce la cooperación entre los estudiantes, al conocer que sus notas dependen del rendimiento del otro.

Por otro lado, el marco de referencia ligado a criterios compara la ejecución del estudiante con un conjunto de criterios o estándares que alcanzar, objetivos que lograr o conocimiento que adquirir. En éste establece que el nivel de ejecución fue alcanzado por el estudiante de acuerdo a lo esperado y se le asigna la nota. En otras palabras, los estudiantes que realizan sus tareas o contestan de acuerdo a los

criterios establecidos reciben mejores notas, ya que no dependen de la ejecución del grupo. En este marco de referencia se debe utilizar un método con niveles absoluto de ejecución basados en porcentajes. Se requiere que los objetivos y las tareas relacionadas estén descritos claramente, además de que se establezca un criterio de ejecución aceptable para cada tarea y se utilice una interpretación ligada a criterios en las diversas técnicas de evaluación aceptables.

Entre las ventajas de utilizar un marco de referencia ligado a criterios se encuentran el reducir la competencia entre los estudiantes. Además, facilitar la preparación de información acerca del aprovechamiento del estudiante indicando lo que sabe y puede hacer.

El tercer marco de referencia para la asignación de las notas es el propio rendimiento del estudiante. En este enfoque se pueden realizar las comparaciones en torno al aprovechamiento del estudiante de tres maneras. Esto se realiza comparando el aprovechamiento con su aptitud, su esfuerzo y su progreso. La nota que se otorga al estudiante se basa en cuán bien el estudiante desempeña en relación a su propio potencial. En este, los estudiantes que demuestran ejecutorias en o sobre lo que el maestro considera que son capaces de hacer, reciben las mejores notas.

De acuerdo a Kubiszyn y Borich (1996), los problemas que se observan al utilizar el esfuerzo para calificar al estudiante,



primeramente, no existe una medida conocida, válida y confiable de esfuerzo. Segundo, se tiende a penalizar a los estudiantes que aprenden el material o trabajan con rapidez y a recompensar a aquellos que se tardan más en dominar el contenido. Tercero, la nota no representa un indicador del aprovechamiento del estudiante, por lo que dificulta su interpretación.

Por último, el asignar las notas a base del progreso del estudiante requiere una medida inicial para comparar su ejecución en un momento posterior. En este caso, se determina cuánto ha mejorado el estudiante que han demostrado mayor progreso o cambio. Algunos autores concluyen y desalientan el uso de este enfoque ya que las notas no reflejan el aprovechamiento de los estudiantes (Cunningham, 1998, Kubiszyn y Borich, 1996 & Nitko, 1996).

#### 1.2.1.2 Procedimientos para la asignación de notas

De acuerdo a Medina y Verdejo (2000), la asignación de las notas finales va a depender de los siguientes factores: primero, los resultados de los instrumentos y formularios se han utilizado para adjudicar las notas. Segundo, el peso que tiene cada uno en la nota final, y tercero, la combinación de los resultados para obtener la nota final.

La recopilación de los diferentes instrumentos de evaluación depende de la representatividad de los objetivos instruccionales y de

su confiabilidad. Por otra parte, el peso de cada componente en la nota final es un juicio que establece cada maestro. Ebel (1972), McMillan (1997) y Nitko (1996) recomiendan el asignar mayor peso a los componentes de la evaluación que tienen mayor confiabilidad. Esto reduciría la cantidad de errores que pueda incluirse en la nota final.

Para la nota final se combinan los diferentes trabajos con los resultados de las evaluaciones realizadas en un período académico. La distribución de las puntuaciones totales es la base para asignar las notas. Estas se combinan mediante la utilización de procedimientos estadísticos, tales como porcentajes o la curva normal.

El manejo de los aspectos académicos, tales como, información académica, hábitos de estudios, progreso académico, probatoria, y otros procesos administrativos, ha sido prioridad de los centros de consejería de las instituciones universitarias. Sin embargo, en la última década se ha observado un incremento significativo en estudiantes que presentan problemas severos de salud mental y solicitan servicios de consejería (Jiménez Chafey y Villafañe Santiago, 2008).

Este incremento se ha observado en Estados Unidos de Norteamérica (American College Association, 2007 y Benton, Robertson, Tseng, Newton & Benton, 2003), España (Arco, Fernández, Heilborn & López, 2005) y Puerto Rico (Jiménez Chafey y Villafañe Santiago, 2008).

En una encuesta realizada a 333 directores de centros de consejería en Estados Unidos de Norteamérica, se encontró que el 81 por ciento de estos centros estaba atendiendo estudiantes con problemas psicológicos severos. En este estudio, el American College Association, encontró que los impedimentos que más interfirieron con el desempeño académico fueron: estrés (32%), problemas familiares (18%), depresión/ansiedad (15.7%), problemas de pareja (15.6%), entre otros. En otro estudio realizado entre 1996 y 2001 con 13,257 estudiantes que asistieron a centros de consejería en universidades en Estados Unidos de Norteamérica, se observó que la ansiedad y estrés (62.8%) eran los problemas más comunes que experimentaban los estudiantes. Esta misma situación ocurrió en una muestra de 165 estudiantes españoles. En este estudio se observó que las razones para solicitar servicios de consejería eran manejo de ansiedad y emociones.

En Puerto Rico se encontró, en un estudio realizado entre el 2001 al 2007, que los trastornos de salud mental y progreso académico eran la cuarta necesidad que presentaban los estudiantes atendidos en consejería individual en la subcategoría personal-familiar y académica-estudio respectivamente (Jiménez Chafey y Villafañe Santiago, 2008)

## CAPÍTULO 2

### SALUD MENTAL

#### 1. Salud Mental: conceptualización, trasfondo, desarrollo de los servicios y epidemiología de las condiciones mentales

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. Esta concepción pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad.

La salud mental es un campo amplio, plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, trabajo social, consejería, sociología, enfermería, economía, etc.). Por lo que definir su contenido y quehacer diario representa un problema, ya que cada disciplina constituye diversas orientaciones que en muchas ocasiones se hace difícil integrar. Además, el ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices culturales.

En este capítulo se inicia una discusión de los orígenes del término salud mental. Luego se continúa con los orígenes de los servicios de salud mental en Puerto Rico. Finalmente, se esbozan los

objetivos de la epidemiología en el campo de la salud mental, la prevalencia de las condiciones de salud mental en Puerto Rico, las bases genéticas y algunos aspectos de la neurobiología de los trastornos mentales.

### *1.1 Aspectos Históricos de la Evolución del Concepto Salud Mental*

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental (Lluch Canut, 1999).

El término profilaxis mental termina disolviéndose y se fortalece el de higiene mental que surge en EE.UU. con la publicación que C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental) hace en 1908. Éste explicó sus experiencias en la asistencia psiquiátrica y, lo que es más importante, sobre posibles soluciones, estableciendo así la base para el enfoque de prevención de la enfermedad mental. En Nueva York, se creó el primer Comité de Higiene Mental, auspiciado por Adolfo Meyer.

Progresivamente fueron creándose diferentes comités en distintas ciudades americanas y finalmente en 1917 se fundó la Junta Nacional de Higiene Mental (Cruz, Alarcón y Cruz, 2007).

En 1922, se celebró un Congreso Internacional en París, que despertó el interés de muchos países y generó un movimiento de Ligas de Higiene Mental y de encuentros científicos. La Liga Española de Higiene Mental se fundó en 1927 en Madrid y, entre otras actividades importantes, consiguió que en 1932 se creara la Sección de Higiene Mental en el Departamento de Sanidad del Ministerio de la Gobernación. De ello se derivó un avance sustancial del movimiento de higiene mental que fue la creación de los Dispensarios Higiene Mental, donde se empezó a aplicar la intervención de tipo ambulatorio (Cruz, Alarcon y Cruz, 2007).

Este movimiento fue configurando una tendencia progresista hacía la comprensión de la salud mental desde una perspectiva que enfatizaba la prevención. Esta tendencia se fue ampliando progresivamente y catalizó un nuevo movimiento, que pretendía ir más allá de la simple prevención, centrando su objetivo en la promoción y el fomento de la salud mental. En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial (Cruz, Alarcon y Cruz, 2007).

En este contexto, surgió, a partir de los años 50-60, la etapa de la salud mental comunitaria, que condujo a la implantación de servicios comunitarios. El objetivo central era abordar el trastorno mental dentro del propio entorno de la persona, haciendo hincapié en la prevención y rehabilitación con una participación amplia de la comunidad. Cabe señalar que, además de los EE.UU., en el movimiento comunitario tuvo un papel relevante en Inglaterra, que sirvió como modelo para varios países europeos.

La concepción comunitaria, en España, se instauró con el decreto del 24 de octubre de 1983. Esta derogó el antiguo decreto de 1931, según el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica, (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985). En este informe se elaboraron las recomendaciones y propuestas para llevar a cabo la reforma psiquiátrica, haciendo énfasis en la psiquiatría comunitaria y en la creación de servicios de agudos en los hospitales generales. También se estableció un calendario progresivo de eliminación los antiguos manicomios, cuyas recomendaciones se incluyeron en la Ley General de Sanidad de 25 de abril de 1986, Capítulo III, Artículo 20. (Gracia-Guillen, 1990).

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica (García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998). Es evidente que

se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma. Sin embargo, no se han desplegado todos los recursos necesarios y aunque la salud mental ha sido un capítulo económico "bien tratado" en los diferentes presupuestos de programas de salud pública todavía quedan asignaturas pendientes por resolver. Proyectar el cierre de las instituciones psiquiátricas implica crear recursos alternativos que suponen una gran inversión socioeconómica. Por ello, algunas autonomías han preferido aplicar la Reforma Psiquiátrica bajo un modelo mixto, o cuando menos, con prudencia y manteniendo algunas instituciones hospitalarias abiertas. Una alternativa interesante ha sido la reconversión de los hospitales psiquiátricos en comunidades de servicios de salud mental, aprovechando así unos espacios ya existentes y adaptándolos a los nuevos requerimientos.

Pichot (1997) señaló que en los últimos años se ha reducido considerablemente la duración media de la hospitalización de los enfermos mentales, tanto por los avances en los tratamientos farmacológicos como por los recursos comunitarios alternativos. Sin embargo, ha aparecido un fenómeno nuevo, denominado "puerta giratoria". Es decir, los enfermos tienen una estancia hospitalaria menor, pero sufren un mayor número de ingresos. En un estudio



reciente, sobre hospitalizaciones repetidas, realizado en los países nórdicos, encontraron que en el periodo de un año el 33% de una muestra de 2,454 pacientes, tratados a nivel comunitario, tuvieron que ser ingresados en el hospital al menos una vez y de éstos, el 23% ingresaron en repetidas ocasiones (entre 2 y 7 veces) (Saarento et al., 1999).

### *1.2 Definición de Salud Mental*

La definición de un término tan complejo y polifacético como el de salud mental, conlleva muchas dificultades y, por tanto, no existe una definición única del concepto. A continuación, se comentan algunos de los principales problemas.

La salud mental puede considerarse como un constructo que no tiene una definición directa. Desde esta perspectiva, es necesario recurrir a conceptos más concretos. Esta opción resuelve algunos problemas, pero genera otros nuevos; para intentar definir la salud mental se utilizan términos como "bienestar/malestar psíquico" "felicidad" o "satisfacción", que son, igualmente, abstractos o difíciles de operacionalizar.

La interrogante, salud o salud mental, refleja la idea de si debe existir una concepción única de la salud o bien hay que diferenciar entre salud física y salud mental. Muchos autores (Font, 1983; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Tizón, 1996; Ugalde y Lluch, 1991;

Vázquez, 1990) defienden que la salud mental no debe considerarse como algo independiente de la salud general. Esta perspectiva, sustentada también por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1961), implica una concepción global e integral de la persona, que contempla los aspectos físicos, psicológicos y sociales de forma interrelacionada. Esta lo define como, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales (OMS, 2001).

Tizón (1996) señala algunas razones que desaconsejan la dicotomía entre salud física y salud mental; cuando hay una enfermedad física, las capacidades psicológicas y las formas de relación se ven alteradas. Muchos problemas psicológicos se manifiestan, con frecuencia, a través de síntomas somáticos (insomnio, cefalea, taquicardia, etc.). Además, los estados emocionales y afectivos conllevan reacciones fisiológicas que pueden generar problemas psicosomáticos. Desde esta perspectiva, debe considerarse la salud como un concepto global y, por tanto, la salud mental se concibe como un componente de la salud general (Ugalde y Lluch, 1991).

Sin embargo, también existen detractores de esta postura. Por ejemplo, Sánchez (1991) piensa que sería mucho más estratégico tratar la salud mental como una entidad independiente. Esto permitiría

trabajar de forma más diferenciada y específica, lo que reduciría la preponderancia del modelo médico sobre el psicológico.

Es difícil establecer límites claros entre la salud y la enfermedad mental y generalmente, se definen como polos opuestos de un continuo, en el que no existe una línea divisoria tajante. Bajo esta perspectiva, la enfermedad mental es el extremo opuesto de la salud mental. Sin embargo, la mayoría de personas se sitúan entre ambos polos; espacio en el que existen múltiples combinaciones de carácter cualitativo y cuantitativo (más o menos salud o más o menos enfermedad). Mesa (1986) enfatiza la idea del continuum entre conducta normal y anormal, donde las discrepancias entre las reacciones normales al estrés y las conductas anormales, residen en que, estas últimas, son más persistentes, menos adecuadas en relación con las experiencias conocidas recientes de las personas, menos controladas, más severas y más incapacitantes para el propio individuo (Mesa, 1986)

El hecho de que no existan unos límites establecidos entre salud y enfermedad mental es, según Rojo (1997), comprensible si se tienen en cuenta las lagunas e incógnitas que todavía quedan por resolver para tener una comprensión clara del trastorno mental y de la normalidad/anormalidad conductual. Pero, aunque no se puedan establecer límites, hay comportamientos que están más próximos al

lado negativo o de anormalidad y otros están más cercanos al de la salud (Costa, 1994; Mesa, 1986; Ruiz, 1982; Tizón, 1996).

Sin embargo, dentro de la psiquiatría clásica, predomina la idea de diferenciar entre salud y enfermedad mental. Es decir, se aplican los criterios de la medicina general y se considera que las verdaderas enfermedades mentales son las que tienen una base fundamentalmente biológica y requieren tratamientos farmacológicos. El resto de problemas mentales tienen una etiología más psicosocial, precisan, en general, tratamientos psicológicos y pueden entenderse como variaciones del modo de ser psíquico (Vallejo, 1998; Vallejo-Nagera, 1985).

Por otra parte, autores como Font (1983), conciben la salud mental y enfermedad mental como dos entidades con carácter propio y señalan que la salud es un concepto global mientras que la enfermedad es un concepto parcial y, por tanto, puede existir la salud a pesar de la enfermedad. Es más: "si la salud es buena, las enfermedades serán más fácilmente vencidas" (Font, 1983:94).

A pesar de las diferentes perspectivas que se acaban de señalar, el término salud mental es el concepto oficialmente aceptado para referirse tanto a la salud como a la enfermedad mental y, en la práctica, las intervenciones van siempre encaminadas a la recuperación de la salud, dando así un cierto sentido al macro concepto de salud mental.

La salud mental no es algo estático y definitivo, sino un estado dinámico y cambiante. La salud nunca es permanente sino que tiene que ir “reciclandose” continuamente, cada vez que las circunstancias internas y/o externas de las personas cambian. Es un proceso constante de adaptación y equilibrio que genera un movimiento progresivo de crecimiento personal (Seva, 1983; Ugalde y Lluch, 1991). En este sentido, algunos autores como Jahoda (1958) y Tizón (1996), describen la salud como una utopía o meta a alcanzar. Es decir, como una tendencia hacia un nivel de salud inalcanzable, pero deseable y direccionalmente orientador.

Otra dificultad importante que complica la definición del término salud mental, es el concepto que cada cultura o sociedad tiene sobre la salud y la enfermedad mental. Lo que en una cultura puede ser considerado como normal y sano, en otro contexto cultural, o en otro momento social, puede ser tomado por anormal o patológico. Es evidente que este problema es menor cuando se habla de trastornos mentales severos o con una mayor base orgánica, pero se agudiza cuando se intentan establecer los límites de los trastornos psíquicos que tienen una fuerte influencia psicosocial (Gracia y Lázaro, 1992)

La relación entre individuo y sociedad y la incidencia de esta interacción en la salud/enfermedad, es un tema muy debatido por los diversos autores que trabajan en el ámbito de la salud mental. Ciertas

escuelas sociológicas, algunas orientaciones dinámicas y un buen número de tendencias antipsiquiátricas, fusionan el individuo y la sociedad de forma que no se diferencia cualitativamente la enfermedad individual de la enfermedad como fenómeno social. Sin embargo, la mayoría de autores piensan que es necesario diferenciar entre enfermedad individual y enfermedad o alienación social ya que, la naturaleza de ambos no es la misma (Vallejo, 1998).

Algunos autores reconocen la influencia sociocultural en los conceptos de normalidad y patología, pero señalan que dar un énfasis excesivo al contexto, va en detrimento de la consideración individual y de la capacidad de autodeterminación de la persona. Page (1982) comenta que el concepto de sociedad enferma es más periodístico que científico y que no existen pruebas concluyentes de que la incidencia total de psicopatología varíe significativamente de una sociedad a otra. Sin embargo, como indica Seva (1983), el medio cultural puede generar sufrimientos psíquicos a partir de determinadas circunstancias sociales. Barcia (1997) enfatizó que las connotaciones sociales de la enfermedad van más allá del concepto teórico del término que tiene cada cultura y quedan reflejadas, por ejemplo, en el rol de enfermo, en los derechos y deberes del enfermo o en las responsabilidades del Estado para organizar los servicios de salud. En este contexto, se

describirá el desarrollo de los servicios de salud mental en Puerto Rico desde el período colonial hasta la actualidad.

## 2. Aspectos Históricos de la Evolución y Política Pública de los Servicios de Salud Mental de Puerto Rico

Un recorrido por el proceso y desarrollo de los servicios de salud mental en Puerto Rico permite observar un proceso lento, complejo y accidentado. Esto ha limitado la provisión de servicios de salud mental a la población que así lo necesita. Además, los diseños de los programas y servicios han sido condicionados por la vinculación colonial de Puerto Rico primero con España y por último, a Estados Unidos de Norteamérica.

El desarrollo de los servicios de la salud mental de Puerto Rico, a través de su historia, ha sido influenciado por el desarrollo cultural, social, económico y político de la Isla. Al revisar la historia de la evolución de los servicios de salud mental, se identifican eventos o circunstancias que han determinado el desarrollo de los servicios de salud mental en Puerto Rico.

A lo largo de la historia, tanto las enfermedades mentales como las físicas, han sido abordadas dentro de la magia y la religión. Puerto Rico fue una colonia española desde el 19 de noviembre de 1493 hasta la Guerra Hispanoamericana en el 1898. Desde de la colonización, la

corona de España estableció reglamentos específicos en cuanto al cuidado de la salud física, tanto de colonizadores como de colonizados. Sin embargo, salud mental quedó rezagada. Se entendió, que en lo relativo a los aspectos de salud mental, la mejor alternativa era la fe religiosa.

De acuerdo a Hernández (1985), correspondió a la Iglesia velar y cuidar por la estabilidad emocional de los habitantes de las Indias. En esa tarea los representantes de la Iglesia utilizaron los métodos que más armonizaban con sus propias creencias. Su concepción medievalista acerca de las enfermedades mentales les llevó a la práctica de exorcismo en aquellos casos en que se encontraron con individuos que presentaban patrones de conducta ajenos a los "normalmente esperados". La práctica del exorcismo fue un método muy empleado por la Iglesia durante la edad media, para expulsar del cuerpo espíritus del mal o demonios que se "apoderaban" de los hombres, haciéndoles perder, en muchos casos, el uso normal de la razón.

El clero que arribó al mundo americano era partidario de ese tipo de ideas. Su afán primordial era la conversión al cristianismo de los habitantes del nuevo mundo. Entendiendo que las creencias de los aborígenes eran contrarias a la fe cristiana, desarrollaron una campaña intensa en vías de atraer a aquellos a la nueva fe. En ese



proceso se utilizaron diversos métodos. Unos resultaron de carácter persuasivo y otros cobraron matices impositivos y aun abusivos. Con éstos métodos, fueran o no legítimos, la Iglesia logró el control, mediante la unificación de la fe religiosa.

Entre sus tareas estaban la de educar, predicar y aconsejar. A través de estas tres funciones, llenaba un triple cometido: religioso, social e individual. En el plano religioso mantenía la fe dentro de los preceptos del cristianismo; en el social, servía de propagandista al contexto de la sociedad tal y cual éste había quedado implementado; en el plano individual, trató de mitigar las penas de aquellos que aquejaban dolor del alma por algún problema. En este último sentido, el clero se constituyó en el grupo de psicoterapeutas de su época.

El criollo contó, al menos con familiares que pudieron cuidarle en situaciones de "locura". Aun así, el país atravesó por tres siglos de su historia sin contar con una institución que velara por este tipo de enfermo. En muchos casos el "loco" fue acusado por delitos, en los cuales en nuestra época, no se le hubiese considerado procesable por no contar el acusado con un sentido claro entre los conceptos de bien y mal.

La situación permaneció prácticamente estática durante los primeros tres siglos de nuestra historia. En el primer cuarto del Siglo XIX se inicio finalmente el proceso que habría de culminar en lo que

sería, el primer asilo para dementes en Puerto Rico. Hasta entrado el Siglo XIX, las iniciativas privadas en la práctica de ayuda a esta población eran prácticamente nulas. Se entendió siempre que dicha práctica le correspondía al gobierno insular.

De acuerdo a Gaenaga, citado en Hernández (1985), el desarrollo histórico de los servicios de salud mental en Puerto Rico, se ubica a partir de la década del 1820. El 27 de diciembre de 1821, se publicó en España, el primer Reglamento General de Beneficiencia Pública. Este documento fue redactado por las Cortes Extraordinarias. Un año después fue publicado en Puerto Rico, en la tipografía del gobierno. Su contenido generó una excelente impresión en el pueblo, comentándose con evidente profundidad y motivando, tanto a los sectores privados como públicos, a materializar la obra en la isla. Sobre el impacto producido nos dice Goenaga:

"El día 8 de julio siguiente el Sr. D. Francisco González Linares, dirige un ejemplar de ese Reglamento al Ayuntamiento Constitucional de San Juan, para que, según sus propias palabras, fuera publicado y cumplido con exactitud en beneficio de la humanidad. La Corporación Municipal obedeció al primer impulso, pues el día 14 de noviembre de 1822 se reunió y acordó por elección el nombramiento de la siguiente Junta de Beneficencia: el Alcalde, Dr. D. Francisco Pimentel, el Regidor D. Juan Severo

Malagan, el Dr. D. Aniceto Ruiz, D. Fco. Matheu, D. Narciso Nuñez, D. Manuel Carambot, D. Enrique de Antique, y el Dr. D. José Calvo.” (Goenaga en Hernández, 1985:24).

Esta primera Junta de Beneficencia, celebró su primera reunión formal el 28 de noviembre de 1822. A partir de ese momento, sus actividades se mantendrían vigentes por muchos años. Estos adoptaron medidas, impulsaron legislación, ingeniaron recursos y lucharon para lograr sus propósitos.

Los primeros servicios creados fueron dirigidos para servir a la población que vivía en San Juan, la cual carecía de vivienda, sustento, salud física y mental. La caridad y la conciencia moral fue el motor que movilizó y sostuvo la creación de los servicios de salud mental que se comenzaron a ofrecer en la capital. El 18 de noviembre de 1844 se dio la apertura de la Casa de Beneficiencia (Asilo de Beneficencia). El primer personal a cargo del funcionamiento de la institución quedó constituido por las siguientes personas: el Dr. D. Joaquín Bosch, médico, Justo Caballero, loquero, Tomasa Ciprés, loquera, D. José Loño, secretario, y José Trujillo, portero. Esta Casa de Beneficiencia operó con algunas interrupciones hasta 1927. La existencia del “Asilo” fue endosada por el gobierno con los esfuerzos de médicos, la Iglesia y otros recursos humanos quienes se hicieron cargo del albergue. Los llamados “locos” que estaban juntos con los presidiarios se lograron

separar. Se les ubicó en un edificio construido para ellos. Se clasificó la población por edad y sexo y se les atendió de acuerdo al respaldo económico del gobierno. Sin embargo, Hernández (1985) señaló que aunque la Casa de Beneficiencia logró concretarse, sus prácticas interiores distaban mucho de ser la institución ideal que la Junta había propuesto. Ésta, lejos de ser una institución protectora de los necesitados, se convirtió más bien en un depósito de personas cuyas vidas perdieron su vínculo con la sociedad. Desde esta perspectiva, el Asilo, le fue útil a la sociedad, pero no necesariamente a los individuos que acogió en su interior.

De acuerdo a Hernández (1985), los archivos de la Beneficiencia evidencian en sus primeros años un perfecto caos administrativo. Los registros recogen toda clase de individuos en una confusión de males y padecimientos sin clasificación específica. Los expedientes no aparecen archivados por casos, lo que impide un estudio claro de la condición y tratamiento específico de los beneficiados. En adición, comenzó la política que permitía el maltrato psicológico y corporal. Esta política limitó el acceso de los familiares. Además, la mortalidad comenzó a preocupar a las autoridades y a la sociedad.

El desarrollo del "Asilo" y sus servicios cambió mucho a partir del 1863 como consecuencia de los sucesos políticos y económicos que estaban ocurriendo en España. Durante la Guerra de la Reinstalación

de la Independencia de Santo Domingo desde el 1863 al 1865, el "Asilo" fue convertido en hospital militar. Como consecuencia, los llamados "locos" volvieron a estar hacinados aunque en otro espacio. Los servicios antes ofrecidos se deterioraron al igual que la planta física. Luego de la Guerra de la Reinstalación de la Independencia Santo Domingo y con la intervención decidida de médicos, el "Asilo" volvió a recibir a los "locos", se restauró la planta física y se normalizó la vida diaria en el lugar.

En 1871, según señaló Hernández (1995), se nombró en calidad de Comisionado de Beneficencia al Dr. Francisco Hernández. Fue el primero en hacer notar las grandes condiciones infrahumanas que se fomentaban al mezclarse los individuos de diversas condiciones dentro de la institución. El Dr. Hernández abrió expedientes para los enfermos, lo que facilitó un seguimiento adecuado de sus casos. Dejó escritas sus impresiones sobre el significado de la descomposición del núcleo familiar ante las causales del alcohol y otras miserias. Este inició una serie de proyectos encaminados a una verdadera reforma institucional. Aunque los contratiempos fueron significativos, logró buena parte de sus propósitos.

En 1871 y por recomendación suya, fue nombrado el Dr. Manuel Alonso, autor de *El Jíbaro*, novela clásica del costumbrismo puertorriqueño, como médico director de la Casa de Beneficencia. En

1872, logró que la Diputación Provincial pagara un maestro de música, creando así, una banda musical dentro del Asilo.

El Dr. Hernández logró un mayor sentido de humanización dentro del sistema interno de funcionamiento del Asilo. A su vez, éste fue creando conciencia en el pueblo y en el gobierno general en cuanto a la necesidad de proteger y mejorar las facilidades y servicios que se ofrecían en esta institución.

Para Hernández (1985), en la década del 90, la Casa de Beneficencia logró establecer varias reformas internas. Para esta época, le correspondió la tarea de dirigir la institución al Dr. Francisco Goenaga, quien posteriormente se dedicara a escribir una historia sobre su estancia en el lugar.

A su llegada, en calidad de director medico, el Dr. Goenaga, estableció, lo que a su entender debería ser, en términos de servicio, una institución para alienados. Siguiendo la línea humanista del Dr. Hernández, nos dice en su discurso inicial:

"Propónese la institución benéfica de los manicomios reintegrar el interior de la razón a los desventurados que la hayan perdido y puedan recobrarla merced a los adelantos de la ciencia y por lo menos mejorar sus condiciones cuando los distintivos de la enfermedad fuesen fatales e incurables. No se limita a recluir fuera de la sociedad para defensa de ella,

por ejemplo al demente furioso que padece accesos epilépticos de cólera sino que aspira a devolver a ese mismo infortunado en forma de ciudadano útil a la misma sociedad de donde ha salido. No es el sacrificio del individuo en aras de la sociedad, sino el esfuerzo de la sociedad en beneficio del individuo primeramente, y después de su propio beneficio. Por eso es que los manicomios, sobre todo en los pueblos mas significados por su cultura y civilización, llevan el sello predominante, no de las cárceles modelos, sino de los establecimientos clínicos. No pierden de vista en todas las funciones que el melancólico, el demente, el idiota y el imbécil no son criminales, ni reos destinados a prisión indefinida cuando no a perpetua reclusión". (Goenaga, en Hernández, 1985: 25)

En el ánimo de esta visión humanitaria, Goenaga, no sólo reclamó lo que consideró tratamiento justo para los alienados, sino que recomendó una remodelación de la estructura del edificio que los albergaba. Censuró la práctica del castigo corporal, proponiendo en su sustitución un medio ambiente próspero y saludable, digno de seres humanos. Desde esta perspectiva, el Dr. Goenaga, abogó y luchó tenazmente por materializar la idea de crear un "manicomio", en el

cual los dementes en Puerto Rico recibieran el tratamiento más adecuado, conforme a los adelantos científicos de su época.

En ese afán, logró en unión a los miembros de la Junta y la Diputación Provincial, que la prensa del país tomara cartas en el asunto. A partir de esta acción, los políticos del momento tomaron el tema en sus manos. Como producto de la presión, ya para el 1897, se creó el "Reglamento del Asilo de Beneficencia", la escuela de "Artes y Oficios", se mejoraron las condiciones de higiene personal, se amplió el cuerpo principal del edificio.

La educación comprendida en la Escuela de Artes y Oficios (hoy conocida como la Escuela de Artes Plásticas), incluyó las siguientes materias: nociones de aritmética, álgebra, geometría, mecánica, física, química, y dibujo lineal. En adición, se creó el modelado en yeso, barro y cemento, pintura decorativa, carpintería, tipografía, encuadernación, sastrería, zapatería, cerrajería, albañilería, y tabaquería.

En medio de estos adelantos, se encontraba la Casa de Beneficencia, cuando se presentó la Guerra Hispanoamericana entre España y Estados Unidos de Norteamérica en 1898. Frente al peligro de la guerra, los niños fueron trasladados del local. La evacuación respondió a la posición elevada de la Casa y su proximidad al Castillo San Felipe del Morro, fortificación militar de defensa. Cuando finalmente se desató la batalla, los niños se encontraban fuera de la



institución. Varios proyectiles alcanzaron los muros de la Casa. Uno de estos logró penetrar el cuarto de los alienados varones, quedando este en llamas. Por suerte, lograron sofocarlo a tiempo y por haberse evacuado este lado de la Beneficencia, nadie resultó herido. Terminado el período de batalla, los acogidos al programa, se reintegraron a la Casa. Sin embargo, como consecuencia de la destrucción de la guerra, las condiciones de la Casa de Beneficencia, habían empeorado.

Por decreto del nuevo sistema de gobierno, fechado en noviembre de 1898, se suprimió la Diputación Provincial, y en su sustitución, se creó una Comisión. Ésta se hizo cargo de la beneficencia. En poco tiempo se dismanteló la Escuela de Artes y Oficios.

La Casa de Beneficencia pasó a la nueva Junta de Instrucción, creada por el gobierno norteamericano. El 15 de junio de ese mismo año, un incendio redujo a cenizas lo que había sido la Escuela de Artes y Oficios.

En el 1899, el Dr. Goenaga, fue nombrado nuevamente director médico del Asilo. Esta vez fue nombrado por la Junta de Caridad. En calidad de su nombramiento, reinició la reconstrucción institucional.

El hecho más significativo de este período, es la separación institucional, que dejó como institución aparte e independiente lo

relativo al tratamiento de alienados. Esto dió margen a la creación, en el año 1900, de lo que se conoció como el "Manicomio de Puerto Rico".

La separación institucional tuvo como principal objetivo evitar que elementos que presentaban condiciones y necesidades diferentes quedaran, en virtud de una política administrativa deficiente, juntos y en posibilidad de contagios. Además, se separaron a los niños enfermos mentales y otras personas que tenían enfermedades contagiosas.

En lo relativo al diagnóstico, los médicos de la época vieron en las "enfermedades mentales" dos posibles orígenes. Básicamente, entendieron que la manifestación de esos trastornos de la facultad de la razón podía tener una etiología existencial o responder a un desorden de carácter puramente orgánico en la región cerebral. Entendían además, que la demencia podía ser el resultado de un componente genético.

En cuanto a los referidos, correspondía a los alcaldes de los diversos municipios hacer el referido de los pacientes que deseaban ingresar a la Casa de Beneficencia. En el referido, daban testimonio de quien era el paciente y sus credenciales. Como parte de la información suministrada, venían obligados a señalar quienes asumirían la responsabilidad de los gastos contraídos durante el proceso de tratamiento en el Asilo. En caso de que el enfermo no tuviese

familiares que asumieran los gastos, el municipio debería contraer esa responsabilidad.

Entre el 1907 y 1913, se aprobaron varias leyes que le dieron permanencia al "Asilo". Entre éstas se encontraban las siguientes: Ley del 14 de marzo de 1907, para "Fijar Procedimientos Judiciales en Caso de Demencia" (Derogada por la Ley 105 del 26 de junio de 1962); "Ley Orgánica del Departamento de Salud" (1912) y Ley 31 del 13 de marzo de 1913 para que los municipios habilitaran programas de emergencias para "dementes" hasta que hubiese cabida en el Asilo.

En el 1914, de acuerdo al mensaje anual del gobernador, Arthur Yager, éste señaló que el Manicomio de Puerto Rico, se había quedado rezagado en comparación a los adelantos obtenidos en otras áreas gubernamentales del país. Este funcionario público, señaló que era una vergüenza para el gobierno y para el pueblo de Puerto Rico, que no se contara con un edificio adecuado a las necesidades del Manicomio. Además, ante la falta de recursos económicos suficientes, el Manicomio se convirtió en un recipiente de guardar enfermos mentales. Esto imposibilitó a la institución alcanzar un nivel de funcionamiento adecuado.

De acuerdo a Hernández (1985), en los "Informes Anuales" del Hospital de Psiquiatría en los años del 1915 al 1925, las condiciones de planta física apenas lograron mejorías significativas. Año tras año, los

reportes anuales hacen referencia a la necesidad imperante de rehabilitar las condiciones físicas del edificio. Incluso, se percibe en el informe anual de 1917, una especie de conformismo por parte de los directores, quienes se encontraban frustrados ante los aparentes oídos sordos del gobierno, a satisfacer sus reclamos.

En términos del tratamiento curativo, en el 1915, los médicos de la institución usaban el "salvazán", como el medicamento más recomendado. Según se desprende del informe de ese año, el medicamento se utilizaba de la siguiente manera: Se extraía la sangre del paciente. Se preparaba un suero de la misma y a ésta, se le agregaba una dosis pequeña de salvazán, la cual posteriormente se inyectaba en la cavidad céfalo-raquídea.

Como dato trascendental, el informe señaló que la alta incidencia de psicosis en el puertorriqueño, se relacionaba al servicio militar obligatorio y al envío al frente de guerra en Europa donde se llevaba a cabo la Primera Guerra Mundial. Estos acontecimientos, según el informe, produjeron grandes cambios en nuestra vida de pueblo, en sus costumbres y en sus hábitos sociales.

En el año fiscal 1919 a 1920, el número total de asilados internos ascendió a la alarmante cifra de seiscientos setenta y uno (671), entre ambos sexos. En ese solo año se llevaron a cabo ciento noventa y seis (196) nuevos ingresos. Ante la problemática del alto número de

pacientes, el director señaló, que para esa fecha resultaba del todo improbable el dar admisión a nuevas solicitudes de ingreso.

La demanda por servicios de salud mental creció más rápido que la presencia de recursos humanos, fiscales y de infraestructura. A tales efectos, se comenzaron añadir en el "Asilo" nuevas estrategias de servicios. A los familiares que lo solicitaban, se les permitió que pudieran trasladar a su pariente con ellos por una temporada de prueba, lo que dio como resultado que muchos de los enfermos crónicos, pero apacibles, se quedaran viviendo con sus familiares. Luego se instaló el uso de pases y por último, comenzaron a celebrar actividades recreativas, ejercicios gimnásticos y distracciones útiles y saludables.

Para el año 1923, se aprobó la construcción del "Nuevo Manicomio". En el "informe anual" del año fiscal 1925-26, el director del Manicomio brindó un particular énfasis al desarrollo del programa de "terapia ocupacional" dentro del asilo. En abril de 1928, se aprobó la Ley 56 donde se estableció el método para no admitir pacientes mentales a los hospitales de distrito. El 13 de noviembre de 1929, se inauguró el "Nuevo Manicomio" en Río Piedras, al que hoy se le conoce como el Hospital de Psiquiatría de Río Piedras, Dr. Ramón Fernández Marina. No obstante, debido a la alta incidencia de enfermos, unido a los tiempos de la depresión de los años treinta (30) y en un lapso de

tiempo dramáticamente corto, el Hospital de Psiquiatría se convirtió en la institución gubernamental más criticada del país.

En el 1929, se habilitó, en el Hospital Municipal de Ponce, una sala para pacientes mentales. El propósito fundamental de esta acción fue poder ofrecer estos servicios a los habitantes de la región, ya que por la distancia, se les hacía difícil y muchas veces imposible, poder recurrir al Hospital de Psiquiatría, ubicado en la ciudad capital.

Durante los años del 1937 al 1945, el cuadro que presentan los "reportes anuales" durante estos años, no varió considerablemente a años anteriores. Se destaca en ese período que los análisis diagnósticos adjudicados a los pacientes, seguían las normas estrictas de la visión de psicopatología en los Estados Unidos. En ese proceso se perdió la perspectiva socio-cultural. No obstante, no se consideró la realidad socio-cultural de los puertorriqueños. Por último, crítica periodística de la época fue consistente en señalar el estado de abandono de los enfermos internados, las condiciones inhumanas de salubridad, el abandono de su interior y la apariencia de prisión en vez de institución psiquiátrica.

Hasta el año 1946, la labor del psicólogo fue la de administrar pruebas psicométricas (Stanford Binet 1916). En agosto de ese año se introdujo el uso de psicodiagnóstico, mediante el uso de pruebas de reacción temática perceptiva, cuyo principal objeto era localizar las

áreas conflictivas, motivos, emociones, sentimientos y características de personalidad. En este proceso se utilizó la prueba de Rorschach.

En el 1947, el tratamiento más común era el "electroshock", que se usaba con poca frecuencia. El director del hospital señaló que los resultados obtenidos por este método son bastante cuestionables y dudosos. Su impresión era que aunque se conseguía alguna mejoría en los pacientes psicóticos, ese efecto era efímero, recayendo el enfermo a su anterior condición de salud. Otro tratamiento lo fue la insulinoaterapia, que consistía en la aplicación intramuscular de insulina. Se señaló que con este tratamiento se llegaron a obtener algunos resultados satisfactorios. En 1949, se practicó por primera vez la lobotomía con la llegada a Puerto Rico del Dr. Nathan Rifkinson, de origen alemán. Este médico estaba entrenándose en neurocirugía. En ese mismo año se realizaron cuatro (4) lobotomías en la institución psiquiátrica.

Entre los tratamientos menos invasivos utilizados fueron, la Laborterapia, mediante este método se mantenía al paciente rindiendo labores de utilidad. Ese año se incluyo a las labores domesticas otras actividades como las de mantener en función una granja agrícola y otra avícola, en los alrededores del "pabellón cuatro". Se creó también un taller de carpintería y otro de ebanistería. Para beneficio de las mujeres internadas, se instaló un taller de confección y reparación de

camas ("mattress"); el Recreo, se dispuso de un cine sonoro, el cual se mantenía activo los días viernes después de la comida de la tarde. Una vez al mes se celebraban bailes en el salón del comedor.

Alrededor del pabellón cuatro, se acondicionó un campo de juego de pelota. En el mismo los pacientes jugaban en equipo durante dos días a la semana. Como dato curioso, durante el año 1947, se fundo una revista interna, "El Consultorio" en la cual los pacientes exponían sus ideas, afanes, ilusiones, delirios, entre otros, y la hidroterapia que consistía de diversos modos y estilos de baños. Este método fue usado desde los tiempos de la antigua Casa de Beneficencia.

Entre 1950 y 1974, fue uno de los momentos más productivos en el desarrollo de la salud mental en Puerto Rico. En el 1952, la Compañía de Seguros de Salud Cruz Azul introdujo en Puerto Rico el modelo de servicios de salud privados. El sistema de prestación de servicios de salud a personas médicos indigentes era total responsabilidad del Estado y estos se prestaban a través del Departamento de Salud (Rivera Mass et al., 2008).

El sistema público de salud estaba diseñado por niveles de prestación de servicios. El nivel primario basado en los Centros de Diagnósticos y Tratamiento (CDT's), el nivel secundario, compuesto por las (7) regiones operacionales del Departamento de Salud y el nivel terciario y más especializado como el Centro Médico de Río Piedras.



Los servicios de salud mental públicos estaban dirigidos y supervisados por la Secretaría Auxiliar de Salud Mental del Departamento de Salud de Puerto Rico. Sin embargo, en 1957, el Hospital entró en una profunda crisis económica. Se cerraron ese año las clínicas de servicio externo en los pueblos de Ponce, Fajardo, Mayagüez y Aguadilla. El éxodo de personal medico-psiquiátrico fue verdaderamente alarmante.

En el 1955, el Congreso de los Estados Unidos aprobó la legislación, "The Mental Health Study Act", que creó "The Joint Commision on Mental Health and Illness". Luego de cinco años de estudios y trabajos la Comisión Conjunta rindió un amplio informe al entonces Presidente John F. Kennedy en el 1961. El Presidente de los Estados Unidos, mostró un particular interés en los problemas de salud mental en la nación estadounidense. Bajo su presidencia, se auspiciaron fondos federales cuyos objetivos estuvieron dirigidos a la promoción de Programas de Salud Mental Comunal (Public Law, 9463, de 1963).

Conforme a la Ley Federal 9463, de 1963, los objetivos básicos para la creación de Centros de Salud Mental, eran los siguientes: a) equiparan los servicios públicos a los privados, b) hacer estos servicios accesibles a toda la población, y c) ofrecer continuidad en el tratamiento y prevención.

El plan establecía la creación de un Centro de Salud Mental, por cada área de no más de doscientos mil (200,000) habitantes. Se exigía la elección de un lugar geográficamente estratégico, de modo que la accesibilidad a sus predios fuese favorable para la población. La ley, en su contenido original establecía la creación de cinco (5) servicios básicos: a) Hospitalización; b) Hospitalización parcial diurna; c) Emergencia; d) Clínicas Externas y e) Educación y Consultoría a la Comunidad.

Bajo esta ley federal, se fundó en Puerto Rico el Hospital Psiquiátrico de Ponce. Su función principal fue prestar su ayuda a los "pacientes mentales" en la Región Sur de Puerto Rico.

En Puerto Rico, los primeros Centros de Salud Mental quedaron constituidos entre 1968 a 1975. En ese periodo de tiempo se establecieron un total de doce (12) Centros de Salud Mental Comunitario. Estos quedaron físicamente ubicados en los pueblos de Aguadilla, Bayamón, Caguas, Carolina, Cayey, Coamo, Fajardo, Humacao, Manatí, Mayagüez y Río Piedras (San Patricio).

La Ley Federal 9463, fue enmendada en el año 1975. Conforme a la enmienda, quedaron añadidos siete (7) programas de servicios adicionales: a) niños y adolescentes, b) envejecientes, c) cernimiento, d) seguimiento, e) transicionales, f) consultoría a las cortes y g) alcoholismo y adicción. En el caso de Puerto Rico, los servicios de

acción y alcoholismo están bajo el amparo del Programa de Servicios Sociales.

El Presidente Estadounidense, John F. Kennedy, nombró un comité que revisó dicho informe y basados en las recomendaciones de ese comité. Este realizó un mensaje especial al Congreso de los Estados Unidos de Norteamérica sobre la salud mental en febrero de 1963 (Kraus & Scott, 2006). Sin embargo, para el 1960 el Dr. Guillermo Arbona (Secretario de Salud) había desarrollado un estudio en Puerto Rico sobre las necesidades de servicios de salud y salud mental. Como consecuencia de éste estudio, el Dr. Arbona desarrolló el sistema de "Regionalización" para los servicios de salud. Dentro de este sistema de salud, el modelo de prestación de servicios de los "Centros de Salud Mental" era el complemento lógico y perfecto para encajar en este sistema en el área de salud mental.

El Presidente Kennedy recalcó la necesidad de una nueva facilidad, la cual se le conoció como el Centro de Salud Mental de la Comunidad. Este visualizó los centros como formando parte de un continuo de servicios en la comunidad a la hospitalización comenzando desde una clínica externa hasta ampliar y desarrollar sus programas con otros servicios de la comunidad que pudiese proveer servicios completos e integrales en la propia comunidad con énfasis especial en la prevención. El 31 de octubre de 1963, el Congreso de los Estados

Unidos aprobó la Ley 88-164, conocida como "Community Mental Health Center Act of 1963" (Kraus & Scott, 2006). En ese mismo año comenzó en Puerto Rico el movimiento del nuevo modelo de prestación de servicios para el tratamiento de la población de Puerto Rico con distintos trastornos biopsicosociales. Éste nuevo programa, que impulsó el Presidente Kennedy y para el cual se designaron fondos federales, se fundamentó en el cuidado integral y abarcador de la salud mental en la comunidad.

Partiendo y compartiendo la visión del Presidente, el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico se dio a la tarea de crear, lo que fue hasta enero del 1998, la columna vertebral del programa de salud mental de Puerto Rico, los Centros de Salud Mental de la Comunidad. Se establecieron trece (13) centros a través de toda la isla los cuales fueron: Aguadilla, Arecibo, Bayamón, Caguas, Carolina, Cayey, Coamo, Fajardo, Humacao, Manatí, Mayagüez, Ponce y San Patricio (San Juan).

La conceptualización del Centro de Salud Mental de la Comunidad según el "Community Mental Health Center Act of 1963" envuelve un programa de servicios múltiples de prevención, tratamiento y de rehabilitación, capaces de llenar todas las necesidades biopsicosociales del individuo, la familia y la comunidad en que éste se desarrolla. Debe proveer a tiempo, servicios adecuados

para todo tipo de trastorno emocional y/o enfermedad mental, de forma integral y continua. El centro debe localizarse de forma que sus servicios estén lo más accesibles a toda la ciudadanía, sin limitaciones de clase alguna y sin distinciones de edad, credo, sexo o posición económica.

Los servicios deben ser, además, lo suficientemente amplios para llenar todas las necesidades de cada paciente individualmente, en las diferentes etapas de su respectiva enfermedad o condición. Para beneficio de la ciudadanía, el centro debe integrar, conducir y coordinar sus servicios con otros servicios relacionados de índole social, salud física, vocacionales, de rehabilitación, a hogares y los Centros de Rehabilitación Psicosociales. Cada centro debe ofrecer una gama de servicios de tratamientos integrados de manera que las personas puedan recibir la atención adecuada en su propia comunidad y con su familia. Con este fin, el programa de cada centro debe formularse con la mayor flexibilidad posible, adaptado a su comunidad y a la población que sirve, pero coordinados con otras regiones.

Este modelo fue diseñado con la flexibilidad de poder ser utilizado por las entidades gubernamentales, ya sean municipales o estatales y también entidades privadas (con o sin fines de lucro) o sea, se pueden privatizar. El modelo de prestación de servicios de salud mental de los Centros de Salud Mental de la Comunidad permite la

coordinación entre servicios gubernamentales y privados dentro de un sistema de regionalización integrada. Cada centro tiene un área específicamente demarcada para proveer servicios de salud mental a las personas médico indigentes o que no tengan cubierta médica, o cubiertas de planes médicos deficientes. El propósito es maximizar los recursos gubernamentales y privados disponibles, pero bajo la supervisión, coordinación y política pública del Secretario de Salud de Puerto Rico.

Los centros de salud mental son parte de un continuo de servicios integrados que cuenta con cinco elementos esenciales, aunque no necesariamente tienen que estar bajo una misma institución pero como parte de un solo sistema. Estos elementos son: servicios hospitalarios, ambulatorios, parciales, emergencias, consultivos y educativos al personal profesional y agencias de la comunidad.

Dicha reglamentación, definía como “Servicios Adecuados”, aquellos que además de los cinco (5) elementos esenciales anteriormente señalados, tienen que tener los siguientes elementos: servicios de diagnóstico, servicios de rehabilitación incluyendo programas vocacionales y educativos, servicios pre y post hospitalarios en la comunidad, incluyendo visitas a hogares, y acomodo en los

centros de rehabilitación psicosociales, hogares sustitutos y hogares intermedios, adiestramiento, investigación y evaluación.

Esta reglamentación, limitó la prestación de servicios de cada centro a un mínimo de 75,000 personas y a un máximo de 200,000. El Cirujano General de los Estados Unidos, tenía la autoridad de modificarlo, siempre que no fuera un obstáculo para la efectividad de la prestación de servicios. También exigió que se atendieran todos los grupos de edad, que se asegure el tratamiento continuo de los pacientes y que la información clínica pertinente esté disponible en todas las etapas de servicio.

Para asegurarse que los Centros de Salud Mental de la Comunidad fueran sensitivos y se ajustaran a las necesidades específicas de las regiones y personas que brindaban dichos servicios, cada centro en su estructura administrativa, contaba con un grupo de personas que representan la comunidad. De aquí salieron los "Grupos de Apoyos de la Comunidad" que todavía en algunas áreas de Puerto Rico, se mantienen activos a pesar de que los Centros de Salud Mental de sus comunidades han desaparecido.

Esta ley federal, también, le exigió a los gobiernos estatales, la creación un Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico compuesto por organizaciones y representantes de la ciudadanía con potestad para recomendar, modificar, monitorizar, y abogar por

las personas (adultos y menores) con trastornos emocionales respecto a los programas del gobierno de salud mental de sus respectivos estados. El Consejo Estatal de Planificación de Salud Mental de Puerto Rico está activo y se reúne en el Centro de Salud Mental de San Patricio (San Juan) una vez al mes.

Un error en el establecimiento del modelo de prestación de servicios de los Centros de Salud Mental de la Comunidad en Puerto Rico fue que el gobierno no integró ni coordinó el sistema gubernamental con el sistema privado y tampoco cobró por sus servicios a las personas que tenían algún tipo de cubierta de pago, ya sean planes médicos privados, Medicare o Medicaid. El gobierno asumió todos los gastos económicos del mismo. Irónicamente este modelo de prestación de servicios tenía el potencial, la flexibilidad y la capacidad de integrar el sistema privado y recibir pagos por servicios dentro del sistema de gobierno por las aseguradoras.

La década de los años 70 a 80, tuvo un impacto significativo en la prestación de servicios de salud mental. Esta década es conocida como la “explosión de los derechos constitucionales del paciente mental” como consecuencia del amplio desarrollo jurisprudencial y legislativo. En el ámbito jurisprudencial del Tribunal Supremo de los Estados Unidos se establecieron los límites en cuanto a la prestación de los servicios mentales a los pacientes, pretendiendo dejar atrás una



época de violaciones a la dignidad del ser humano. La Secretaría Auxiliar de Salud Mental había identificado serias deficiencias en los procesos y garantías legales para los pacientes de salud mental que culminaron con la aprobación de la Ley 116 del 12 de julio de 1980 conocida como “Código de Salud Mental de Puerto Rico”.

Esta ley, tomó en cuenta los principios constitucionales ya establecidos, tales como el derecho a un debido proceso de ley y el derecho de la intimidad. Por tal razón, el énfasis de esta ley fue establecer los procedimientos para las admisiones voluntarias e involuntarias a las instituciones hospitalarias de salud mental.

El “Código de Salud Mental de Puerto Rico” fue aprobado sin fondos para su implementación y la ambigüedad de algunas de sus disposiciones respecto a procedimientos y jurisdicciones de responsabilidades causó que el proceso para poner en función la ley fuera largo y caracterizado por múltiples y distintas interpretaciones que variaban por región judicial e institución hospitalaria.

En el 1992, el “National Institute of Mental Health (NIMH)” la cual administraba el “Community Mental Health Center Act” y el “Substance Abuse and Mental Health Services Administration”, se unieron a través del P.L. 102-321 de julio de 1992 y se creó el “Center for Mental Health Services (CMHS)”. De esta forma el gobierno federal de los Estados Unidos de Norteamérica unificó las administraciones que

daban servicios de salud mental y abuso de sustancias bajo una sola administración.

Siguiendo este mismo patrón, en Puerto Rico, la Secretaría Auxiliar de Salud Mental y el Departamento de Servicios Contra la Adicción (DSCA), se unen a través de la Ley 67 del 7 de agosto de 1993 bajo una sola administración creándose la "Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA)". De esta forma, se regresó al modelo original implantado por el gobierno en el 1963 en donde los servicios de salud mental y de adicciones estaban integrados hasta el 1973 cuando se creó DSCA.

Las limitaciones de presupuesto, la distribución inadecuada de recursos, la ausencia de un programa de prevención, la pobre participación ciudadana y la disociación entre los servicios de salud física y salud mental provocaron una sobrecarga en el ámbito secundario y terciario.

En 1992 se eligió por primera vez un médico como Gobernador de Puerto Rico, el Dr. Pedro Roselló González. Toda su campaña preelectoral, se focalizó en la implantación de lo que se le llamó la "Reforma de Salud". La propuesta tenía como atractivo utilizar el icono de una tarjeta que salud, semejante a la usada por los seguros privados de salud, con el propósito de hacer accesibles los servicios de salud privados a la población médico indigentes. El modelo de

prestación de servicios es uno de "Cuidado Coordinado" ("Manage Care") o también conocido como "Cuidado Dirigido". Al igual que en el área de salud física, el paradigma que motivó esta reforma se basa en el juicio valorativo sobre la calidad superior de los servicios privados versus los servicios públicos.

En el 1993 por virtud de la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993, se creó la "Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico" (ASES). Esta agencia es responsable del establecimiento del Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico y de asignar los fondos a esos fines.

El concepto filosófico del "Cuidado Coordinado" o "Cuidado Dirigido" ("Manage Care"), fue implementado sin los estudios de vigor correspondientes a las necesidades de la población que iban a servir. El concepto primordial de éste modelo de prestación de servicios era reducir los gastos económicos haciendo los servicios médicos más eficientes. Los resultados obtenidos hasta el presente no han llenado estas expectativas. Al añadirle a esta fórmula compañías con fines de lucro, el resultado no ha sido de eficiencia o "costo-efectividad", sino "contención de costos". Las proyecciones económicas calculadas no han sido las esperadas y éste modelo, a la larga, no ofrece ningunas ventajas económicas sobre cualquier otro modelo de prestación de servicios.

Este modelo de prestación de servicio surgió de la Industria de Seguros de Salud (con fines de lucro), diseñada específicamente para contener costos y maximizar ganancias. Su diseño y concepto esta basado en la premisa de que solamente atiende a un grupo específico y limitado de la población y no su totalidad. El grupo en el cual se basa el diseño de este concepto es en la población que está activamente trabajando, paga su propio seguro médico. Parte de la premisa de que el asegurado puede compensar con sus propios recursos o reservas económicas los servicios no cubiertos por su póliza. Si el asegurado no puede compensar por sus servicios médicos, el sistema descansa sobre los recursos de los servicios gubernamentales.

Los servicios médicos, que se proveen en este modelo, son de índole aguda con la intención de estabilizar, lo más rápidamente posible, a la persona y regresarlo a la fuerza trabajadora. El concepto de "continuidad de servicios" es un andamiaje sumamente costoso para este modelo porque los pone en riesgo de reducir sus ganancias o peor aún, perder dinero. Su sistema no esta diseñado para atender a personas que están severamente enfermas, que estén convalecientes, tengan condiciones crónicas o tengan algún impedimento.

Los servicios de salud mental de la "Reforma" se implantaron bajo la premisa de que los servicios médicos privados eran superiores a los de los servicios médicos públicos. Los modelos de prestación de

servicios en la que se justificaban estas premisas eran solamente desde el punto de vista de los servicios de la salud física en Puerto Rico. Sin embargo, los servicios de salud mental públicos aventajaban a los privados en enfoques de amplitud de servicios, el continuo de servicios e integración agencial.

Para comprender esto, es importante conocer la idiosincrasia del desarrollo de la medicina privada en Puerto Rico. Tampoco se puede comparar con la medicina privada de los Estados Unidos, ya que en el área de salud mental divergen. A través de los últimos treinta a cuarenta años las compañías de seguros médicos de Puerto Rico son las que han fijado los parámetros de tratamiento de la medicina privada en Puerto Rico. Se han concentrado sólo en el desarrollo de la práctica de la medicina física. La influencia de las organizaciones profesionales médicas y/o académicas ha sido mínima en el desarrollo de la medicina en Puerto Rico. A pesar de que en los Estados Unidos, los servicios de salud mental privados han evolucionado, las compañías de seguros médicos en Puerto Rico prácticamente han ignorado este servicio haciendo caso omiso del problema de salud mayor que enfrenta Puerto Rico. Sólo han provisto un mínimo de estos servicios, dejándole el grueso al gobierno.

El servicio público de salud mental era la red de ganancia de las compañías de seguros en Puerto Rico ya que al fijar un límite de citas

ambulatorias y de días de hospitalización, el paciente crónico o severo agotaba los límites de su cubierta y terminaba en los servicios de salud mental pública de Puerto Rico. Las aseguradoras no cubren la red de servicios esenciales que complementan el continuo de servicios como terapia recreativa, terapia ocupacional y limitan severamente otros servicios de tratamiento ambulatorio como tratamientos ambulatorio intensivo, diurnos, medicamentos psicotrópicos, etcétera.

Por otro lado, no podemos inferir que el atraso del desarrollo de la salud mental en el área privada es exclusivamente influenciado por la industria del seguro. Los hospitales y clínicas privadas también han contribuido en el sub-desarrollo de estos servicios al no adelantar estos servicios para sus pacientes privados. En Estados Unidos muchos de los hospitales privados que utilizando el modelo de "Centros de Salud Mental de la Comunidad" pudieron mejorar los servicios de salud mental y psiquiatría de calidad para sus pacientes privados.

La "Reforma de Salud" basada en la privatización de los servicios directos de salud, fundamentada en el modelo de servicios de "Cuidado Coordinado", comenzó a desmantelar la infraestructura de servicios de salud mental en el 1995 con el cierre del Centro de Salud Mental de la Comunidad de Fajardo. Para el 2000, sólo quedaban unos remanentes de servicios, escasamente coordinados, de lo que una vez fue la red de los Centros de Salud Mental de la Comunidad.

Lamentablemente la estructura física de muchos de estos centros fueron vendidos a los privatizadores.

Tras diecinueve (19) años de la implementación del Código de Salud Mental de Puerto Rico, y tomando en cuenta la transformación sufrida por los servicios de salud mental a la luz de la "Reforma de Salud", fue necesario atemperar esta Ley a los nuevos cambios. Aunque en el 1991 se comenzó a pensar en enmendar la Ley 116, finalmente un grupo designado por el gobierno, optó por redactar una nueva Ley de Salud Mental. Esta ley incluyó los aspectos relativos al proceso de admisión voluntaria e involuntaria y estableció de manera clara y precisa las cartas de derechos de la persona adulta y el menor. Además, se pretendió dar un orden lógico a las disposiciones y organizar el proyecto por temas y áreas de atención particular tales como, una sección para atender los asuntos relativos al adulto y una sección distinta para las disposiciones que atendería a los menores con trastornos emocionales. Después de nueve años de trabajo se aprobó la Ley 408 del 2 de octubre de 2000, conocida como "Ley de Salud Mental de Puerto Rico".

Durante la evolución de la "Reforma de Salud", las compañías de seguros médicos de Puerto Rico se dieron cuenta que no tenían la infraestructura, la preparación y carecían de los conocimientos clínicos y administrativos en el área de salud mental para proveer estos

servicios por lo tanto, subcontrataron a otras compañías privadas, de Estados Unidos para que administraran y también proveyeran el servicio y le prestaron la red de sus proveedores. Creyeron que con esto podrían sustituir el sistema y modelo de los Centros Salud Mental Comunitario que Puerto Rico comenzó a crear desde el 1963. A estas compañías les llamaron "Carveouts" y las conocimos como "Options", ahora conocida como "First Hospital Corporation (FHC)", "Behavioral Health Partners (BHP)", "American Psyche Systems (APS)". Sin embargo, estas compañías, cuya finalidad es de lucro, no han podido sustituir los servicios que proveía ASSMCA a través de los Centros de Salud Mental de la Comunidad y los servicios a los pacientes se han deteriorado enormemente.

Tomando en cuenta que el gobierno ya no contaba con las facilidades que había administrado por años y observando el fenómeno que se estaba dando con las aseguradoras se tomó la decisión de eliminarlas para así contratar directamente a "carveouts", con la idea de que de esta manera se estaría ahorrando el dinero con el intermediario. Para hacer esto, se realizaron nuevos contratos con las compañías que estaban ofreciendo el servicio. Estas se conocen como "Maintenance Behavioral Health Organizations (MBHOs)". En la nueva contratación que fue efectiva al 1 de octubre de 2001, se estipulaba que los servicios debían ser provistos de acuerdo a la Ley 408 de



Salud Mental” y se le daba la tarea a ASSMCA de monitorizar y fiscalizar a estas compañías.

El primer contrato con los MBHOs fue por nueve (9) meses para dar el suficiente tiempo par verificar que se estuviesen cumplimiento con las deficiencias de acceso y calidad de servicios. Sin embargo, a pesar de que las deficiencias que se encontraban no estaban siendo corregidas se extendió el contrato a los MBHOs por tres (3) años.

Para atender los problemas que éste nuevo modelo de prestación de servicios de salud trajo, la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 que creó la Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) se enmendó para garantizar el acceso y calidad de los servicios. Estas enmiendas fueron a través de las Leyes, 107 del 22 de junio de 2000, Ley 88 del 24 de mayo de 2000, Ley 372 del 2 de septiembre de 2000, Ley 463 del 29 de diciembre de 2000 y Ley 100 del 10 de agosto de 2001. También, a tono con ello, se requirió legislar la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, conocida como “Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente” para brindar protección a los usuarios de los servicios de salud independientemente de la naturaleza pública o privada de los servicios médicos.

A pesar de haberse realizado las enmiendas a la Ley 72 del 7 de septiembre de 1993 (que creó la “Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico” [ASES]) y la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, (Carta

de Derechos y Responsabilidades del Paciente) el gobierno creó una “Agencia Fiscalizadora” para regular los servicios que proveían las aseguradoras y a las personas que reciben servicios médicos a través de la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico.

El 11 de abril de 2001, se aprobó la Ley 11, “Ley para Crear la Oficina y el Cargo del Procurador del Paciente Beneficiario de la Reforma de Salud”. Esta agencia atendería todos los problemas relacionados a cualquier violación al acceso y calidad de servicios provistos por “Reforma”. Pero como la Ley 194 del 25 de agosto de 2000, (Carta de Derechos y Responsabilidades del Paciente) y la Ley 408 del 2 de octubre de 2000, (Ley de Salud Mental de Puerto Rico) aplican también a los servicios provistos por planes médicos privados y sus proveedores, ésta agencia también, asumirá jurisdicción para fiscalizar los servicios provistos por las aseguradoras, MBHO’s y proveedores privados. La Oficina de la Procuraduría de Paciente (OPP) inicialmente esta concentrando sus esfuerzos en la fiscalización de la “Reforma” durante sus primeros cinco (5) años. Pero en el 2005, su autoridad se extendió al área de fiscalización de los servicios de salud privados.

El 13 de marzo de 2001, se aprobó La Ley 3 para crear la “Oficina del Control de Drogas”. Esta Ley responde, según consta en su exposición de motivos, a la necesidad de concertar, integrar y

canalizar los recursos gubernamentales contra el trasiego, venta y consumo de sustancias controladas en Puerto Rico entre los organismos gubernamentales sobre los que recae la responsabilidad de combatir el narcotráfico, manejar la prevención, la educación y tratamiento relativo al uso de drogas.

Como función principal tiene la encomienda de coordinar y redactar un proyecto de "Plan Estratégico de Política Pública" para promover la prevención el tratamiento contra el uso ilegal de drogas y otras sustancias adictivas y proveer para la educación de la población de Puerto Rico sobre dicho problema y controlar el uso ilegal de drogas u otras sustancias controladas en Puerto Rico.

Cuando ASSMCA comenzó a reabrir los Centros de Salud Mental de la Comunidad, dado las deficiencias que se seguían encontrando en la provisión de servicios se comenzó argumentar por algunos sectores que existía duplicidad de servicios y que esto estaba llevando al gobierno a un mal uso de fondos públicos.

En el año fiscal 2002-03 el estado en su empeño de buscar una alternativa costo-efectiva a la prestación de servicios de salud mental constituyó un Comité de Trabajo para realizar una evaluación exhaustiva con el propósito de establecer principios que permitieran eliminar la duplicidad de servicios entre ASSMCA y ASES. Para llevar a cabo esta tarea la Oficina de Gerencia y Presupuesto (OGP) contrató a

la firma de contabilidad pública "Price Waterhouse Coopers". El 30 de enero de 2003 se presentó el Informe Final de Hallazgos para la Reestructuración de ASSMCA.

A partir de este informe ASSMCA comenzó a realizar los ajustes necesarios para cumplir con las recomendaciones emitidas. Las recomendaciones no fueron avaladas por muchos sectores, ya que en éste se vislumbraba una reducción del presupuesto en áreas sensitivas. Además se cuestionaba el hecho de que un organismo privado sin el peritaje con el que cuenta ASSMCA realizara recomendaciones acerca de la provisión de servicios de salud mental. Para algunos el tratar de resolver un problema presupuestario llevaba a dejar en manos del sector privado la suerte del paciente de salud mental.

Dentro de las recomendaciones encontradas se hablaba de una reducción del presupuesto de ASSMCA que ascendía a 16 millones de dólares. En esta nueva política de gobierno se propuso que la agencia no proveyera servicios directos y se limitaría a monitorizar y fiscalizar a los MBHO's. Sin embargo, los servicios directos, que por su naturaleza, no proveen ganancias o requieren inversión de dinero por parte de los MBHO's se los dejarían a ASSMCA. Estos servicios son Prevención, Rehabilitación, Hogares, Centros de Rehabilitación Psicosociales y Servicios de Sustancias, en especial, la coordinación de estos servicios con otras agencias gubernamentales. Muchas de las personas que

requieren de estos servicios son pacientes crónicos, de mantenimiento y/o requieren coordinación estrecha con otras agencias de gobierno como: el Departamento de Justicia (Tribunales), la Policía de Puerto Rico, Departamento de Educación, Departamento de la Familia, Rehabilitación Vocacional, etc.

Otro de los servicios directos que ASSMCA retendría serían los servicios de salud mental para niños y adolescentes, ya abiertos porque, a pesar de los reclamos de buena prestación de servicios a esta población, no han podido proveerlos adecuadamente y estos servicios por su naturaleza, como el Departamento de Justicia y el Tribunal de Menores, hacen muchas exigencias a los proveedores y requieren coordinación con otras agencias de gobierno.

En este momento el gobierno tiene dos modelos de sistemas de servicios de salud mental simultáneamente que no son compatibles. Con el paso del tiempo ha quedado demostrado que es necesaria una verdadera reestructuración de los servicios de salud mental y que la misma no puede estar sujeta a recomendaciones de organismos privados que sólo cuentan con experiencia en el campo de las finanzas. Aunque se han realizado varios esfuerzos institucionales por parte del Departamento de Salud y ASSMCA de reconceptualizar el sistema de salud mental a través de la discusión pública y a través de Comités Intersectoriales no se ha delineado de manera definitiva. Esto debe ser

el Plan Estratégico de Salud Mental para Puerto Rico. La falta de consenso al nivel de los demás sectores gubernamentales no ha permitido un avance en la política pública que permita salir del estancamiento que existe hoy día.

### *3. Epidemiología de las Condiciones Mentales*

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Por esta razón, es que el estudio de los trastornos mentales se ha llevado a cabo a través de la epidemiología psiquiátrica, la genética, la neurociencia y a la investigación clínica del desarrollo de las psicopatologías en las poblaciones humanas (Hale, Yudofky y Talbott, 1996).

La epidemiología psiquiátrica toma los trastornos mentales específicos como objetivo del estudio. Esta disciplina trata los trastornos como entidades clínicas que tienen una relevancia inmediata en la investigación y la práctica clínicas en la comunidad o en medios clínicos. Los estudios epidemiológicos son especialmente útiles para las disciplinas clínicas con interés por mejorar la clasificación de las enfermedades, ya que uno de los objetivos

naturales de los métodos epidemiológicos es el examen del espectro completo de la enfermedad mental, incluidas las variantes subclínicas, y la consideración de problemas tales como el umbral de gravedad de un conjunto de trastornos (numero de síntomas necesarios para realizar un diagnóstico).

Durante las tres décadas posteriores a la segunda guerra mundial, los epidemiólogos psiquiátricos habían mostrado deseos de aplicar estos métodos al estudio de los trastornos mentales, pero no fue hasta la pasada década que, merced a los rápidos avances en la investigación clínica, dichos métodos cuantitativos de la epidemiología pudieron ser fácilmente adaptados al estudio de los trastornos mentales.

Cuando a finales de los años setenta, la Comisión Presidencial sobre Salud Mental llevó a cabo un estudio completo sobre las necesidades de salud mental de la nación, las preguntas de este tipo fueron las primeras en plantearse. En aquel momento, el estado de los conocimientos sobre epidemiología psiquiátrica no permitía responder a estas cuestiones. En 1978, se hicieron conjeturas fundamentadas en la información procedente de una amplia variedad de fuentes. Con los datos de estudios llevados a cabo durante las dos décadas precedentes resultó posible construir un cuadro compuesto del sistema de *facto* de la salud mental de los Estados Unidos. En aquel momento se estimó

que un 15% de la población, compuesta por 32 millones de norteamericanos, había padecido un trastorno mental en algún momento a lo largo de, 1975 (Regier et al., 1978).

Los trastornos mentales no se concentran en ningún grupo en particular. Antes bien, son verdaderamente universales: afectan a personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Están presentes en todas las etapas de la vida de hombres y mujeres, ya sean ricos o pobres, residentes en zonas urbanas o rurales. La idea de que los trastornos mentales son un problema de las regiones industrializadas y más ricas del mundo es completamente errónea. Es también incorrecta la creencia de que las comunidades rurales, relativamente al margen del ritmo acelerado de la vida moderna, no padecen trastornos mentales.

Según análisis recientes llevados a cabo por la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades neuropsiquiátricas, denominación que abarcaba una selección de trastornos, tenían una prevalencia puntual acumulada del 10% aproximadamente en la población adulta. Se estimó que alrededor de 450 millones de personas padecen enfermedades neuropsiquiátricas. Éstas consistían en trastorno depresivo unipolar, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, epilepsia, trastornos por consumo de alcohol y de determinadas sustancias psicoactivas, enfermedad de Alzheimer y



otras demencias, trastorno de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario.

La prevalencia difiere según se refiera a las personas que sufren la enfermedad en un momento determinado (prevalencia puntual), en algún momento a lo largo de un periodo (prevalencia de periodo), o en algún momento a lo largo de la vida del individuo (prevalencia a lo largo de la vida). Aunque se citan a menudo las cifras de prevalencia puntual (como ocurre en el presente informe), las cifras de prevalencia a lo largo de un año resultan más útiles como indicación del número de personas que pueden necesitar asistencia en un año.

Las cifras de prevalencia varían también en función del concepto y las definiciones de los trastornos incluidos en el estudio. Se han notificado tasas de prevalencia mayores al considerar todos los trastornos incluidos en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10 (CIE-10). Tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, las encuestas han demostrado que más del 25% de los individuos padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida (Regier et al., 1988).

La mayor parte de los estudios señalan una mayor prevalencia general de trastornos mentales en la población femenina que en la masculina, pero ello se debe en gran medida a las diferencias en la distribución de los trastornos.

### 3.1 *Prevalencia de los Servicios y las Enfermedades Mentales*

Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional.

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

En Puerto Rico, isla del caribe, según el Censo del 2000 se ubica una población de 3,808,610 personas. De estas, 2,716,509 son adultos y 1,092,101 menores de 18 años de edad. El "Federal Register" de los Estados Unidos de Norteamérica, establecen las tasas de prevalencia en la población utilizando las normas estandarizadas del "Center for Mental Health Services". Estos sostienen que la tasa de enfermedades mentales severas en la población adulta en Puerto Rico

el de 8.3%, o sea 225,470 adultos (Censo, 2000; Alegría, et al, 2000 y Rivera, et al., 2005).

En términos de servicios, los adultos atendidos durante el año fiscal 2003, la Administración de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA) atendió a 132,052 personas. Estos se dividen en 118,210 a través de la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico y 13,842 por ASSMCA. Se estimó que 55% (65,015) de los adultos atendidos por la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico reunía los criterios para una enfermedad mental severa, mientras que, el 90% (12,457) de los que atendió ASSMCA reunía los criterios para una enfermedad mental severa. Estos representan a 77,472 personas con alguna enfermedad mental severa. Sin embargo, 147,998 (65%) de los adultos no recibió tratamiento en ASSMCA (Alegría y Bijl, 2000; Alegría y Kessler, 2000; y Alegría y Robles, et al. 1991).

Las personas atendidas a partir de la Reforma de Salud del Gobierno de Puerto Rico en el 1995 se distribuyen en las siguientes cifras: 66,539 (1998), 102,937 (1999), 125,238 (2000), 125,511 (2001), 146,584 (2002) y 136,937 (2003). Esto representa a promedio 117,291 personas, del promedio total de personas aseguradas 1,633,936. El porcentaje de utilización de servicios es de tan solo 7.2% (Administración de Servicios de Salud, 2004). Estos datos son similares a los encontrados en el Estudio Continuo de Salud

de Puerto Rico y el Reciento de Ciencias Médicas (2002) quienes señalaron que el 92.97% de la población indicó que no necesita los servicios de salud mental.

De acuerdo al estudio anterior citado, las razones para solicitar los servicios de salud mental son 78.68% por problemas emocionales o mentales, y 11.15% por problemas familiares. De los que sí solicitaron servicios, o sea el 6.73%, el 97.14%. Sin embargo, existe una discrepancia entre los estudios de prevalencia que es el 8.3% de la población de Puerto Rico, ya que a pesar de que detectan patología en dichos estudios, pero hay un porcentaje muy bajo de utilización de los servicios de salud mental (Ramos Valencia, 2003).

## CAPITULO 3

### DEPRESIÓN

#### 3.1. Características Generales de la Depresión

El contenido semántico del vocablo depresión es amplio. A menudo se utiliza como sinónimo de melancolía, tristeza, estrés, desaliento, desilusión, que son por sí solo estados de ánimo que se observan comúnmente en una persona en algún momento de su vida. Cuando estas características son graves y tienen una duración marcadamente distinta a lo normal, se le puede denominar como un síndrome depresivo. Sin embargo, aún cuando el duelo, o la aflicción, comparten características similares al síndrome depresivo, suele ser menos intensos y de una duración más limitada.

Este estado que experimentan las personas ha sido estudiado en gran parte del mundo. Jefferson y Greist (1996) señalaron que los términos “manía y melancolía” se originaron en la antigüedad. En el Siglo II, antes de Cristo, se utilizó la palabra Melancolía en un escrito de Hipócrates. Areteao Capadocia indicó que los casos melancólicos tendían hacia la depresión y a la ansiedad, pero si perduraba la ansiedad, entonces se observaba alegría, lo cual solía finalizar en la manía. Además, éste propuso que la depresión era causada por la bilis negra (Goodwin y Jamison, 1990).

Antes del siglo XIX, la depresión solo era un concepto semántico. La manía, originalmente, era un concepto no específico que se refería a la locura, y la melancolía era un subtipo de la manía que se relacionaba a la remisión de la conducta maníaca. Durante el siglo XIX se inició un intento de definir más claramente estos conceptos. Para el año 1800, la manía significaba locura y era el mejor ejemplo de una demencia total.

A mediados del siglo diecinueve se definió mejor la palabra depresión. Esta describía una situación emocional asociada con un estado de ánimo bajo. En el 1863, se comenzó a utilizar el término de distimia y melancolía atónita. Poco después, los términos depresión y melancolía fueron usados de forma indistinta y finalmente la melancolía representó un subtipo grave y endógeno de la depresión. En el año 1900, este concepto se refería a un síndrome psiquiátrico específico (Berrios, 1988).

En el último siglo, estos términos se han clasificado en forma progresiva y precisa. En el 1921, Kraepelin expresó que la locura maníaco-depresiva era un proceso mórbido único que incluía por una parte todo el dominio de la llamada locura periódica y circular, la manía simple o melancolía y también un número considerable de casos de amencia.

En el 1917, Freud publicó su trabajo *Duelo y Melancolía*, en el cual se establecen las diferencias entre la enfermedad y el proceso de duelo. En la pérdida de un ser querido o duelo es normal que se presenten síntomas depresivos, siempre y cuando ésta se resuelva entre seis y doce meses. Además, no debe incapacitar a la persona a desarrollar sus actividades del diario vivir. Más tarde, la denominó como neurosis depresiva y en otras psicosis maniaco depresiva (Jefferson y Greist, 1997).

Sin embargo, Kraepelin (1921), estableció una diferencia entre los conceptos de depresión endógena, psicótica o vital y la depresión exógena, psicógena y neurótica o reactiva. Este indicó que en la depresión endógena se diagnostica un cuadro depresivo cuando no se encuentra un acontecimiento previo desencadenante. En cambio, las exógenas parecen estar vinculadas a experiencias vitales del individuo. Por otro lado, la depresión psicótica tendría sus orígenes en factores genéticos o metabólicos, mientras que la reactiva sería una respuesta neurótica a un estrés externo excesivo. En la llamada depresión neurótica, existe un elemento de pesimismo que se agrega a la tristeza causada por una pérdida. En ésta, la persona tiene pensamientos confusos y no puede manejar sus emociones, ni sus situaciones de vida.

En la primera edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I) que fue publicada para el año 1952, los trastornos del estado de ánimo eran considerados como psicóticos e incluían la reacción psicótica involutiva y las reacciones afectivas (es decir, la reacción maníaco-depresiva, tipo maníaco, tipo depresivo y otras; y la reacción depresiva psicótica). También se describía la reacción depresiva psiconeurótica y el trastorno ciclotímico de la personalidad (American Psychiatric Association, 1952).

En el año 1968, el DSM-II eliminó el término reacción y bajo el epígrafe de los trastornos afectivos mayores (psicosis afectivas) incluyeron la melancolía involutiva y los tipos maníaco, depresivo y circular de la enfermedad maníaco-depresiva (psicosis maníaco-depresiva) (American Psychiatric Association, 1968). En el DSM-I, como en el DSM-II, cualquier enfermedad caracterizada exclusivamente por la presencia de episodios depresivos recurrentes se diagnosticaba como maníaco-depresiva. En el DSM-II, la neurosis depresiva se definía como una reacción depresiva exagerada a un conflicto interno o a un suceso externo. Mientras que, la ciclotimia que se caracteriza por períodos recurrentes y alternantes de depresión y alegría, permaneció clasificada como un trastorno de la personalidad.

Doce años después, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) incorporó el concepto de Leonhard (1953) de



trastornos monopolares (unipolares) y bipolares, por lo cual se pudo dividir los trastornos afectivos mayores en trastornos bipolares (mixtos, maníacos y depresivos) y depresión mayor (episodios únicos y recurrentes). La categoría de otros trastornos afectivos específicos incluyó el trastorno ciclotímico (que ya no fue clasificado como un trastorno de la personalidad) y el trastorno distímico (anteriormente conocido como neurosis depresiva). Se crearon categorías residuales para el trastorno bipolar atípico y la depresión atípica para poder incluir estos trastornos, ya que no se podían aplicar las categorías anteriores (Jefferson y Greist, 1997).

En el 1987, se publicó el DSM-III-R en el cual, los trastornos afectivos del DSM-III pasaron a denominarse trastornos del estado de ánimo. La American Psychiatric Association (1987) definió estado de ánimo como una emoción prolongada que colorea el estado físico general. Mientras que el afecto se definió como la manifestación externa de los sentimientos, tono o estado de humor de una persona.

Los trastornos del estado de ánimo y los trastornos afectivos se referían prácticamente a lo mismo, y se usan indistintamente. En la categoría diagnóstica de los trastornos bipolares, incluyeron el trastorno bipolar, mixto, maníaco-depresivo; la ciclotimia y el trastorno bipolar no especificado (NE). A su vez, en los trastornos depresivos incluyeron la depresión mayor, episódica única y

recurrente; la distimia, y el trastorno depresivo no específico. La clasificación de los trastornos del estado de ánimo se ha ampliado según su gravedad, la presencia o ausencia de características psicóticas, del patrón estacional y, en el caso de la depresión mayor, según la presencia o la ausencia de melancolía.

Con la aparición del DSM-IV, se sofisticó aún más la clasificación diagnóstica. En éste se refiere a los trastornos del estado de ánimo, pero con ciertas modificaciones sobre el DSM-III-R. Actualmente, la depresión mayor se conoce como trastorno depresivo mayor. La distimia se ha convertido en el trastorno distímico, y su denominación alternativa, neurosis depresiva, ha sido eliminada. Los trastornos depresivos NE (No Específicos) incluyen el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo menor y el trastorno depresivo breve recurrente (American Psychiatric Association, 1994).

Se han establecido tres nuevas categorías diagnósticas dentro de los trastornos del estado de ánimo: trastorno del estado de ánimo producido por causas orgánicas, trastorno del estado de ánimo inducido por fármacos y los trastornos del estado de ánimo NE. Las dos primeras se han transferido de la sección de los trastornos mentales orgánicos del DSM-III-R, mientras que la última se ha creado probablemente para los diagnósticos más difíciles de clasificar por su ambivalencia. En el 2000, con la última revisión de este manual

diagnóstico, DSM-IV-TR, estas categorías continuaron inalteradas (American Psychiatric Association, 2000).

### 3.2. Epidemiología

El trastorno depresivo mayor es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes. El estudio del Epidemiologic Catchment Area (ECA) realizado por el National Institute of Mental Health (NIMH), basado en un seguimiento de más de 18,000 adultos de cinco estados de los Estados Unidos, halló que la prevalencia a un (1) mes de este trastorno era del 1.6%, mientras que la prevalencia a lo largo de la vida fue del 4.4% (Weissman y otros, 1988b). La edad media de inicio fue de 27 años, observándose muy pocas diferencias entre ambos sexos. Algunos estudios ponen de manifiesto que los individuos nacidos durante las últimas décadas presentan una edad de inicio menor y un aumento de la tasa de depresión. Actualmente se desconocen las razones de este efecto cohorte sobre el nacimiento (Cross-National Collaborative Group, 1992). Sin embargo, se ha producido un mayor reconocimiento y aceptación del trastorno depresivo en todos los grupos poblacionales.

En general, los criterios diagnósticos de los adultos pueden utilizarse de una forma confiable en los niños, los adolescentes y envejecientes. Debido a que el trastorno bipolar se origina frecuentemente durante la adolescencia, una enfermedad que se

origine mediante un episodio depresivo mayor puede permanecer diagnósticamente ambigua hasta que no se produzca uno o más episodios de alteración del estado de ánimo. Mientras que, la prevalencia de la depresión en las mujeres es uniformemente mayor que en los hombres. La mayoría de estudios han reflejado que la incidencia depresión mayor en las mujeres suele ser el doble de lo que presentan los hombres (Weissman y otros, 1988b).

### 3.2.1. Impacto

#### 3.2.1.1. Mortalidad

En la pasada década entre 14 y 15 millones de personas han sufrido de algún trastorno depresivo en algún momento dado. Se ha encontrado que entre el seis al diez por ciento de la población estadounidense está clínicamente deprimida (Gotlib, 1992).

La depresión es un trastorno potencialmente letal donde aproximadamente el 15% de los individuos con un trastorno afectivo primario se suicidan. En adición, el 50% de las personas que se suicidan presentaban un diagnóstico primario de depresión (Barklage, 1991). Los factores asociados con un aumento significativo del riesgo de suicidio en los pacientes deprimidos son las crisis de angustia, la ansiedad psíquica, la pérdida importante del interés y del placer (es decir, anhedonia), la dificultad para concentrarse, el abuso de sustancias y el insomnio (Fawcett y otros, 1990). Mientras que, los

factores de riesgo a largo plazo son la desesperación, la ideación suicida y los intentos anteriores de suicidio. También existen pruebas de que la depresión comórbida aumenta la probabilidad de muerte por otras condiciones orgánicas como las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.

#### 3.2.1.2. Morbilidad

De acuerdo con el Medical Outcome Study, la depresión presenta un mayor impacto negativo en los individuos que otras condiciones orgánicas como la hipertensión, diabetes, artritis y enfermedades pulmonares. En esta investigación se midieron las dimensiones de funcionamiento físico, funcionamiento del rol, funcionamiento social, número de días encamado a causa de una mala salud, percepción de la salud y dolor corporal (Wells y otros, 1989). En un estudio de 245,404 personas, la Organización Mundial de la Salud, reveló que tener depresión incrementa el deterioro de la salud (Moussavi y otros, 2007).

En los envejecientes que reciben servicios médicos, la depresión mayor, la distimia y la depresión menor tienen una gran prevalencia. Estas condiciones han sido relacionadas con un aumento de síntomas físicos inexplicables, como dolor de cabeza y agotamiento. También, la depresión se relaciona con una mayor pérdida funcional y disminución en su calidad de vida (Katon y otros, 2003).

El trastorno depresivo mayor frecuentemente coexiste con otras patologías psiquiátricas. Comúnmente, los pacientes con un trastorno distímico presentan episodios de depresión mayor (la llamada depresión doble). Weissman y otros (1988a) hallaron que la prevalencia de la depresión mayor a lo largo de la vida era del 68% entre sus pacientes distímicos. Además, en el estudio realizado por el National Institute of Mental Health se encontró que la prevalencia de abuso de alcohol o de otras sustancias a lo largo de la vida era del 27% entre los pacientes con una depresión mayor. A su vez, los trastornos por ansiedad pueden coexistir con el trastorno depresivo mayor. En esta muestra se estimó que una persona con un episodio depresivo mayor tenía un riesgo de 9 a 19 veces superior que la población normal de sufrir un trastorno por ansiedad.

#### 3.2.1.3. Aspectos Económicos

El impacto económico de la depresión incluye los costos del tratamiento (es decir, costos directos) y los costos producidos por una pérdida de productividad debida a la enfermedad o a la muerte (es decir, costos indirectos). Basándose en los datos económicos del año 1980, el costo económico anual de la depresión en los Estados Unidos se estimó que fue de 16,300 millones de dólares (Stoudemire y otros., 1986). Más recientemente, la estimación ha aumentado a 43,700 millones de dólares (12,400 millones de dólares en costos directos,

7,500 millones de dólares en costos por mortalidad y 23,800 millones de dólares en costos por morbilidad) (Greenberg y otros, 1993).

En los envejecientes, varios estudios han encontrado una relación entre la depresión y el incremento de los costos médicos. Los resultados demostraron que el aumento en los síntomas depresivos promueve o viene acompañado por un incremento en los costos de los servicios médicos.

Katon y otros (2003) realizaron en Norte América un estudio sobre el impacto económico de la depresión. En el estudio se reclutaron a casi 9,000 pacientes mayores de 60 años, pertenecientes todos al mismo sistema de seguros de salud. Se les realizó un cernimiento de síntomas depresivos. A los que dieron positivo, se les administró una entrevista diagnóstica estructurada y durante seis meses se calcularon los costos de los servicios médicos de cada individuo. Este estudio concluyó que los costos de los servicios médicos en los envejecientes deprimidos fueron 50% mayor que en los no deprimidos.

### 3.3. Diagnóstico

Los Desordenes depresivos incluidos en el DSM-IV-TR son el trastorno depresivo mayor, desorden distímico, y el desorden depresivo no específico. En todos ellos, no puede haber historial de algún episodio de manía (American Psychiatric Association, 2000).

La depresión clínica afecta el cuerpo, el estado de ánimo, los pensamientos, actitudes y comportamiento, hábitos alimentarios, habilidad de trabajar, estudiar y la interacción con otras personas. La persona que sufre de depresión, se lamenta de un malestar, el tiempo parece detenerse, el futuro parece estar cerrado, sin sentido, vacío y repleto de amenazas; vive con el temor de que pueda ocurrir un suceso terrible; presenta irritabilidad como reacción injustificada ante diferentes estímulos. Además, presenta preocupación por su tristeza, indiferencia hacia las personas o actividades; el pensamiento es de tonalidad negativa y pesimista, lento, con dificultad en la producción de ideas, pérdida de la capacidad para concentrarse y dificultad en recordar.

En estos desórdenes se pueden encontrar ciertas características centrales que pueden organizarse dentro de cuatro dominios: afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico. Los síntomas afectivos incluyen tristeza, desaliento y una aflicción excesiva y prolongada. Aquí son comunes los sentimientos de minusvalía y de pérdida de la alegría de vivir. Además, pueden ocurrir episodios de llanto y violencia como una respuesta general a la frustración. Los síntomas cognitivos incluyen auto-reproche de incompetencia, denigración, ideas suicidas, dificultad en concentrarse y en tomar de decisiones. Mientras que, los síntomas conductuales pueden incluir vestimenta y aseo personal inadecuado o



sucio, cabello despeinado, movimiento corporal disminuido, no inicia actividades nuevas, aislamiento social y disminución de la productividad laboral. Por último, los síntomas fisiológicos pueden incluir una pérdida o aumento de apetito y peso, constipación o estreñimiento, falta de movimiento intestinal, trastorno de sueño y cansancio durante el día. En las mujeres, la depresión puede interrumpir o prolongar el ciclo menstrual, con posible omisión de uno o varios períodos. Algunos reportan disminución de la actividad sexual y su excitación sexual declina de manera dramática (Sue y otros, 2006).

Estos síntomas de depresión descritos anteriormente pueden reconocerse fácilmente. Sin embargo, esto no es lo típico, ya que pueden presentarse con manifestaciones somáticas. En adición, las personas minimizan o niegan los componentes del estado de ánimo y cognitivos. Jefferson y Greist (1996), destacan que más del 50% de las depresiones no son reconocidas en los servicios médicos. Esto dificulta el diagnóstico en presencia de condiciones orgánicas y efectos secundarios de medicamentos que pueden producir síntomas parecidos a un trastorno depresivo.

Los episodios depresivos mayores se producen tanto en la depresión mayor como en el trastorno bipolar. Éstos se subclasifican de acuerdo con su gravedad (leve, moderada, grave sin características

psicóticas o grave con características psicóticas). Los criterios diagnósticos del DSM-IV TR para el episodio depresivo mayor son los siguientes: A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas deber ser (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o la capacidad para el placer. Además, pueden darse, (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso; (4) insomnio o hipersomnia casi cada día; (5) agitación o retardación psicomotora; (6) fatiga o pérdida de energía; (7) sentimientos de minusvalía o de culpa excesivos o inapropiados; (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión; y (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse (American Psychiatric Association, 2000).

De acuerdo a los criterios adicionales, los síntomas no deben cumplir con los criterios para un episodio mixto. Deben provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la afectividad del individuo. Además, estos síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o por una enfermedad médica. Por último, estos síntomas no

se pueden explicar mejor por la presencia de un duelo (American Psychiatric Association, 2000).

El DSM-IV-TR aplica el término con características atípicas a los episodios depresivos mayores que presentan una mejoría temporal del estado de ánimo en respuesta a sucesos positivos. A la vez, estos episodios atípicos, presentan dos o más de las siguientes características durante más de 2 semanas: (1) aumento significativo del peso o del apetito, (2) hipersomnia, (3) parálisis plúmbea (es decir, sensación de pesadez en brazos o piernas), y (4) patrón prolongado de sensibilidad al rechazo interpersonal que produce una disfunción social o laboral importante (American Psychiatric Association, 2000).

Este mismo manual indica que un episodio de depresión mayor debe tener una duración mínima de 2 semanas. No obstante, la media de un episodio no tratado dura seis o más meses. Keller y otros (1984) encontraron que el 21% de los 97 pacientes que estudiaron no se recuperó a los dos años y en la mayoría persistían síntomas depresivos graves. En esta investigación se consideró que los sujetos con síntomas crónicos menos graves se encontraban en una fase de remisión parcial. Posteriormente, con el aumento de la muestra a 431 pacientes, se observó que a los cinco años de seguimiento, el 50% se recuperó a los seis meses, mientras que el 12% permanecía aún

enfermo a los cinco años (Keller y otros, 1992). Se observó que los factores de riesgo que hacen la condición crónica eran la enfermedad antes de su diagnóstico, historial de alcoholismo, otros trastornos psiquiátricos y bajos ingresos económicos.

El trastorno depresivo mayor se identifica por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de una historia de episodios maníacos, mixtos o hipomanía. Sin embargo, no se toman en cuenta los episodios de trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias (debidos a los efectos fisiológicos directos de una droga, un medicamento o la exposición a un tóxico) ni los trastornos del estado de ánimo debidos a enfermedad médica. Además, los episodios no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado (American Psychiatric Association, 2000).

El trastorno depresivo mayor usualmente es un trastorno recurrente. La probabilidad de un único episodio está bastante por debajo del 50%. El riesgo de sufrir posteriores episodios aumenta a medida que se van produciendo los episodios posteriores. Este patrón de recurrencia es variable e impredecible. La separación entre episodios puede durar de meses a años (Thase, 1990).

De acuerdo a la American Psychiatric Association (2000) el trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que se han presentados más días con estado de ánimo depresivo que sin él. Estos, por lo general se acompañan de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor. Mientras que, el trastorno depresivo no especificado, se emplea para los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

### 3.4. Etiología

Actualmente se desconocen las causas del trastorno depresivo mayor. Se han realizado grandes esfuerzos para integrar múltiples perspectivas que apoyen la afirmación de que cada individuo posee un patrón genético, evolutivo, ambiental, social, personal y fisiológico que le predispone o le protege frente a la depresión en cualquier momento de su vida (Greist y Jefferson, 1997).

En esta sección se describirán los modelos biológicos, psicológicos y socioculturales que teóricamente contribuyen al desarrollo de los desordenes depresivos. Dentro de los modelos biológicos se examinará la genética, mecanismos neurales, sistema

neuroendocrino, neuropéptidos y el sueño. En los modelos psicológicos se exploran las teorías psicodinámicas, conductuales y cognitivas. Luego se describirán los aspectos socioculturales que dan base al desarrollo de la depresión.

### 3.4.1. Modelos biológicos

#### 3.4.1.1. Genética

Hace más de 30 años, los trastornos afectivos mayores, el trastorno bipolar y la depresión mayor, fueron derivados del concepto de trastorno maníaco-depresivo. Muchos estudios europeos y americanos han encontrado que estas entidades son altamente comunes.

Se ha observado en más de seis estudios, que mientras más temprano es la edad de inicio, aumenta la posibilidad de que en su familia se presente algún trastorno mental (Kupfer et al., 1990; Weissman et al., 1988b).

Los estudios con gemelos, adoptados y familiares han demostrado una importancia significativa de los factores genéticos en el desarrollo de los trastornos afectivos mayores. A partir de estudios llevados a cabo con gemelos, se encontró que el 65% entre gemelos (idénticos) monocigóticos, que cuando uno presenta un trastorno, la otra persona también. Mientras que, en los gemelos (fraternos) dicigóticos es solo el 14% (Gershon, 1990).

En un estudio danés encontró una relación 54% para los gemelos monocigóticos y del 24% para los gemelos dicigóticos con personas que cumplían criterios de depresión mayor. Dos estudios adicionales en gemelos hallaron pruebas evidentes del efecto de los factores genéticos, pero difirieron en si la contribución ambiental para el desarrollo del trastorno era la causa de factores ambientales, tales como la familiares o se debía a otras experiencias que no compartían estas personas (McGuffin y otros, 1991).

Los pocos estudios sobre gemelos monocigóticos criados por separado también apoyan la presencia de una base genética para los trastornos afectivos mayores. Un estudio con niños adoptados y criados separados encontró que los niños cuyas madres padecían un trastorno bipolar o una depresión mayor presentaban un mayor porcentaje de trastorno afectivo que los niños adoptados y criados lejos de madres que presentaban algún otro tipo de trastorno psiquiátrico (Cadoret, 1981). Este estudio sugiere que los padres biológicos de niños adoptados con un trastorno afectivo mayor presentan una mayor incidencia de estos trastornos que los padres adoptivos.

La investigación sobre el modo de transmisión de los trastornos del estado de ánimo ha probado la hipótesis de que la depresión mayor y el trastorno bipolar son formas leves y graves del mismo

trastorno. Además, estos trastornos comparten una predisposición genética común. En un estudio Gershon (1990) encontró que en la descendencia adulta de 300 progenitores con un trastorno bipolar (el otro progenitor no presentaba ninguna enfermedad), se observó que existía un riesgo del 29.5% (13% bipolares I o II, 15% unipolares y 1% esquizoafectivos) de presentar este trastorno. Cuando ambos progenitores presentaban un trastorno afectivo, siendo uno de ellos bipolar, el riesgo de trastorno afectivo mayor fue del 74% entre los 28 descendientes observados.

#### 3.4.1.2. Mecanismos Neurales

Jefferson y Greist (1996) señalaron que las hipótesis bioquímicas se han desarrollado a través de las observaciones de la serotonina y la noradrenalina. Estas sustancias son dos de los múltiples neurotransmisores y neuromoduladores que existen en el cerebro. Durante casi cuatro décadas, estas dos sustancias han compartido el centro de atención de las investigaciones neurofarmacológicas como causales principales en la etiología del trastorno depresivo mayor.

Pinel (2001) señaló que la teoría dominante de la depresión es la teoría monoamínica. Esta plantea que los inhibidores de monooxidasa, antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina y los inhibidores selectivos de la recaptación de la



noradrenalina, o de ambas, se relaciona con la hipoactividad de las sinapsis serotoninérgicas y noradrenérgicas.

La teoría monoamínica de la depresión ha recibido apoyo de los resultados de estudios de autopsia (Nemeroff, 1998). En personas deprimidas se ha encontrado que existe un mayor número de determinados subtipos de receptores de noradrenalina y serotonina, cuando esta persona deprimida no ha recibido tratamiento farmacológico. Esto supone que cuando no se libera suficiente neurotransmisor en las sinapsis, normalmente se producen aumentos compensatorios en el número de receptores para dicho neurotransmisor, lo que provoca mayor recaptación de estos neurotransmisores.

Otra línea de resultados que apoya la teoría monoamínica, proviene de la creación de fármacos para el tratamiento de la depresión. Normalmente, cualquier nivel elevado de serotonina en las sinapsis se refrena por los autorreceptores presinápticos, que detectan el aumento de nivel y provocan una reducción en la liberación posterior de serotonina. Artigas y colaboradores, citados en Pinel (2001) impidieron la reducción de los aumentos de serotonina extracelular basada en autorreceptores. Esto se produce por la acción de los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, al administrar un bloqueador del autorreceptor de serotonina (pindolol)

en combinación con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina. Estos autores señalaron que el bloqueo del autoreceptor permitió que el inhibidor de la recaptación de serotonina produjera un mayor aumento de la serotonina extracelular y produjo un aumento del efecto antidepressivo del inhibidor selectivo de recaptación de la serotonina.

La observación de que los antidepressivos tricíclicos inhiben la captación neuronal de noradrenalina y serotonina sentó la base de una teoría de captación (también llamada recaptación). Este mecanismo de acción proporcionó más pruebas sobre el papel de estos neurotransmisores en el desarrollo de los trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, esta teoría tiene ciertas limitaciones, ya que la inhibición de la recaptación se produce a las pocas horas, mientras que la mejoría del estado de ánimo se produce varias semanas después. Además, algunos antidepressivos efectivos no poseen efectos sobre la inhibición de la recaptación.

Blier y otros (1987) estudiaron los registros de la actividad neuronal de serotonina. Estos sugieren que la eficacia de los antidepressivos puede ser a través de la estimulación de la neurotransmisión de la serotonina. Además, por estos mecanismos (sensibilización de los receptores post-sinápticos, desensibilización de los autorreceptores somatodendríticos presinápticos y terminales), se

ha podido observar que los antidepresivos tricíclicos, tetracíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, inhibidores de la monoamino oxidasa y la terapia electro convulsiva facilitan la neurotransmisión de la serotonina, pero no de la noradrenalina.

#### 3.4.1.3. Sistema neuroendocrino

La teoría del Hipotálamo, Hipófisis y Corteza Adrenal de la Depresión se ha centrado en las anomalías en la respuesta hormonal al estrés Pinel (2001). Esta teoría señala que en las personas con un trastorno depresivo se hallan frecuentemente anomalías del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal. La liberación del factor liberador de corticotropina, por parte del hipotálamo está parcialmente regulada por neurotransmisores como la serotonina, noradrenalina, acetilcolina y el ácido gamma-aminobutírico. Este factor liberador de corticotropina, a su vez, estimula la liberación hipofisaria de corticotropina, lo cual produce un aumento de la producción suprarrenal de cortisol. Se ha observado que en la depresión mayor existe una hipersecreción de cortisol, y más recientemente, se han observado niveles elevados de factor liberador de corticotropina en el líquido céfalo raquídeo de los pacientes deprimidos. Esto significa que en las personas deprimidas se produce una mayor síntesis de hormona liberadora de corticotropina en el hipotálamo, una mayor liberación de

hormona adrenocorticotrópica en la hipófisis anterior, y una mayor liberación de glucocorticoides en la corteza adrenal (Pinel, 2001).

La teoría endocrinológica, además, establece que el Eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo, tiene unas anomalías de la función tiroidea que ha sido relacionada con los trastornos del estado de ánimo. El hipotiroidismo, a veces se presenta como un síndrome depresivo y el hipertiroidismo, ocasionalmente es la causa secundaria de una hipomanía. Una pequeña minoría de pacientes con depresión no muestra cambios en la hormona estimulante del tiroides, de origen hipofisario, cuando se le aplica la hormona liberadora de tirotropina (Bauer y Whybrow, 1990). Las pruebas de funcionalismo tiroideo poseen un papel bien establecido dentro de la psiquiatría clínica, pero aún no se ha podido establecer el significado de las perturbaciones leves del eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo en el desarrollo de la depresión mayor.

#### 3.4.1.4. Neuropéptidos

La cantidad de neuropéptidos existentes en el sistema nervioso central son incontables. Se ha observado que estos péptidos de pocos aminoácidos poseen funciones neurotransmisoras y neuromoduladoras, así como que coexisten con los neurotransmisores más tradicionales. Las investigaciones que intentan relacionar los neuropéptidos con los trastornos del estado de ánimo se han

concentrado en la colecistoquinina, la somatostatina, el péptido intestinal vasoactivo, vasopresina, oxitocina, las endorfinas, encefalinas y neurotensina (Goodwin y Jamison, 1990). Finalmente, tanto el factor liberador de corticotropina como la hormona estimulante del tiroides son mediadores entre los neuropéptidos y el sistema neuroendocrino.

#### 3.4.1.5. Estudio del sueño

Los trastornos del sueño son característicos de los trastornos del estado de ánimo. La depresión se asocia con el insomnio o la hipersomnia y la manía con la disminución de la necesidad de sueño. Los estudios electroencefalográficos durante el sueño en la persona deprimida, han hallado una alteración en la continuidad del sueño. En estas personas se ha observado una reducción del tiempo total de sueño y disminución de la latencia de los movimientos oculares rápidos (es decir, el tiempo entre quedarse dormido y la aparición del primer período MOR). Además, se ha encontrado un aumento de la densidad MOR y reducción del sueño no MOR.

Varios autores han señalado que la privación del sueño posee un efecto antidepressivo transitorio y se ha utilizado para potenciar la respuesta de los antidepressivos. Esto se realiza para acelerar el momento de inicio de la acción de los antidepressivos. Esto ayuda a prevenir episodios recurrentes de alteración del estado de ánimo.

Además, predice la respuesta al tratamiento con fármacos antidepresivos o con la Terapia Electro Convulsiva (Leibenluft y Wehr, 1992).

#### 3.4.2. Modelos psicológicos y aspectos socioculturales

En esta sección se describirán las teorías psicológicas y socioculturales que han desarrollado una explicación sobre el desarrollo de los trastornos afectivos mayores. En ésta se discutirán la perspectiva psicoanalítica, conductual, cognitiva y la sociocultural.

##### 3.4.2.1. Psicoanalítico

Abraham, en el 1911 publicó la primera explicación psicoanalítica de la depresión. Este la relacionó con la represión de los instintos (autoagresión). La explicación psicodinámica de la depresión tiene un fuerte énfasis en la dinámica de la ira. Freud (1917) postulaba que muchas personas con depresión tienen sentimientos fuertes de hostilidad e ira. Este sugirió que cuando una persona deprimida experimenta resentimientos y hostilidad de otras personas puede percibir cualquier forma de rechazo como un símbolo de pérdida. Esto significa que, la retirada del afecto o apoyo puede inducir a la depresión.

Freud (1917) creyó que las personas deprimidas son excesivamente dependientes, ya que tienen una fijación en su etapa oral. Esta fijación, provoca pasividad y creencias de que los otros llenaron sus necesidades, lo que provoca una dependencia emocional hasta su vida

adulta. Así, la autoestima de las personas fijadas en su etapa oral, depende de otras personas importantes para ella. Este creyó que las personas que desarrollan depresión, fallan en seguir un proceso de luto normal. La depresión se manifiesta por resentimiento de pérdida y odio retro-dirigido. Freud y Bemporad (1988) señalaron que cuando se produce una pérdida en la edad adulta, a su vez, la pérdida anterior y su odio hacia el objeto perdido durante la infancia se reactivan. No obstante, el objeto perdido se ha convertido en parte de uno mismo. Este odio retrodirigido, junto al sentimiento de pérdida, se manifiesta como una depresión.

Bowlby (1980) expandió el modelo de depresión por pérdida de objetos recalcando la importancia de la estrecha relación entre la madre y su hijo (u otra persona significativa). Este señaló que la ruptura establece el origen de las pérdidas y la depresión en los adultos.

Existe poca evidencia empírica de las ideas psicodinámicas. En un estudio longitudinal, Stroebe & Stroebe (1991) examinaron a personas quienes sus esposos/as habían muerto. Estos estaban menos depresivos, si eran confrontados directamente con su pérdida. Otros estudios, demostraron que las pérdidas por muerte o separación de otras personas significativas en su vida puede precipitar la depresión (Paykel, 1982).

#### 3.4.2.2. Conductual

Lewinsohn (1974) señaló que los conductistas consideran que la separación o pérdidas de personas significativas son elementos importantes en el desarrollo de la depresión. No obstante, los conductistas tienden a visualizar la falta del refuerzo, como una causa de la depresión, más que la fijación o el luto simbólico. Estos señalan que cuando se pierde a una persona amada, los refuerzos se retiran (afecto, compañía, placer o servicios). El sobreviviente, ya no puede obtener el apoyo de la persona perdida y el nivel de actividad del sobreviviente (hablar, expresar sus ideas, trabajar, hacer ejercicios, practicar un deporte o salidas fuera de la casa) se reduce marcadamente por la ausencia de un refuerzo. Así, muchos conductistas visualizan la depresión como el resultado de refuerzos inadecuados o insuficientes en la vida de una persona. Esto reduce la frecuencia de conductas que previamente fueron reforzadas positivamente (Sue y otros, 2006).

Como el período de reducción de actividades continúa, la persona se autoreforza su depresión. Además, si el nivel de actividades es baja, esto causa que otros le muestren simpatía (le tomen pena). Así, la persona deprimida puede mantener la inactividad y convertirse en un deprimido crónico. Esto es, que la pena expresada



por amistades, conocidos y extraños pueden reforzar el estado actual de inactividad. A este reforzamiento del nivel de actividad bajo se le conoce como ganancia secundaria. Así la depresión continúa profundizándose y la persona reduce la oportunidad de obtener refuerzos positivos de actividades normales. Por lo que la depresión ha sido asociada con un nivel bajo de autoreforzamiento y con una reducción de reforzadores ambientales (Heiby, 1983). En otras palabras, cuando la persona experimenta menos reforzadores del ambiente (tal como ocurre después de la muerte de un ser querido) y no se da autoreforzo, esto promueve el desarrollo de la depresión. La persona deprimida podría tener falta de destreza para reemplazar los reforzadores ambientales perdidos.

Este concepto conductista de la depresión puede ser aplicado a otras situaciones en las cuales se puede desarrollar depresión (tal como, enfermedades, cambios de estatus en el trabajo y rechazos) (Lewinsohn, 1974).

#### 3.4.2.3. Cognitiva

La orientación cognitiva propone que la forma en que la persona piensa es la causa de la depresión. De acuerdo a Hammen (1985), el sentirse deprimido es el resultado de los pensamientos negativos y pesimistas acerca del mundo.

Algunos estudios han demostrado que existe una relación entre la cognición y depresión. Dent y Teasdale (1988) estudiaron los niveles de depresión y los esquemas cognitivos de un grupo de mujeres en dos períodos de tiempo diferentes. Estos encontraron que las mujeres quienes se autodescribieron negativamente tienden a recuperarse más lentamente que las que se describieron menos negativamente. Estos concluyeron que las personas que tienen esquemas cognitivos negativos, podría tener unos episodios de depresión más serios y duraderos.

Si la persona tiene una interpretación de sí mismo (esquema), como indigno podría conducir a un patrón de pensamiento que refleje autocrítica e ideas exageradas de sus deberes y responsabilidades. Tales creencias, a menudo son exageradas e irracionales. Además, son interpretadas en forma catastrófica (Ellis, 1981).

Beck propuso que el defecto primario en la depresión estaba relacionado con la cognición (el pensamiento) y que un estado de ánimo deprimido es una consecuencia, más que una causa, de la alteración cognitiva que se produce en la depresión. La forma como las personas estructuran e interpretan sus experiencias determinan sus estados de ánimo. Si la persona ve una situación como incómoda, a su vez se sentirá de la misma manera (Sue y otros, 2006).

De acuerdo a esta teoría, los pensamientos de las personas con depresión operan bajo lo que Beck denominó como la triada cognitiva. Esto es que el individuo deprimido tiene unos pensamientos negativos de uno mismo, del entorno y del futuro. La persona se observa como inadecuada y defectuosa, y por lo tanto, inútil. Los individuos deprimidos también interpretan de forma negativa las experiencias vitales y observan el futuro como algo que no ofrece nada, excepto fracaso y frustración. El modelo cognitivo propone que las experiencias pasadas adversas establecen conceptos negativos que se retienen como esquemas que se reactivan mediante experiencias vitales adversas, por lo cual producen depresión. Este modelo presenta cuatro errores característicos que tipifican estos esquemas negativos. Las primeras son, las inferencias arbitrarias, en donde las conclusiones de la persona no son apoyadas con evidencias. La segunda, la abstracción selectiva, en la cual el individuo toma el menor de los detalles o incidente fuera de contexto y se enfoca en eso. Tercera, la sobregeneralización, ya que concluye que sus habilidades o ejecución son peores de una simple experiencia o incidente; y cuarta, la magnificación o minimización, en donde la persona exagera las limitaciones y dificultades, mientras que minimiza sus ejecuciones y capacidades. Estos cuatro procesos cognitivos, pueden provocar baja autoestima. Las personas con una baja autoestima tienen una

expectativa de falla y una autocrítica que no se relaciona con su realidad. En el pasado, estas personas han experimentado mucha desaprobación de las personas significativas, tales como parientes, ya que en el fracaso han respondido con castigo y no han recompensado sus éxitos.

Desde esta perspectiva teórica, las personas con depresión tienen un esquema que permite o favorece el estado de ánimo depresivo. En un estudio, Crowson y Cromwell (1995) ofrecieron a unos participantes de una investigación, la alternativa de seleccionar grabaciones con mensajes positivos o negativos. Estos investigadores encontraron que el grupo que no sufría de depresión preferían escuchar mensajes positivos. Mientras que, el grupo de personas que estaban deprimidos mostraron pocas preferencias por estos mensajes positivos. Estos autores concluyeron que tal vez, la depresión envuelva esquemas que perpetúan la visión negativa y la atención a los mensajes negativos.

Otro aspecto importante son los sesgos de la memoria. Estos representan otras evidencias que contribuyen a la relación entre depresión y cognición. Cuando una persona deprimida se le da una lista de palabras que varía en contenido emocional, tienden a recordar más las palabras negativas, que las recordadas por el grupo control. Esto puede indicar una tendencia de las personas deprimidas a atender y recordar eventos negativos y depresivos (Hedlund & Rude, 1995).

Emmelkamp (2004) señaló que las personas deprimidas tienen pensamientos negativos y errores que tienen como resultados pesimismo, visión negativa de sí mismo, sentimientos de desesperanza y depresión. Así, algunas personas, especialmente las que sufren de depresión, tienen generalmente un autoconcepto negativo, se perciben como ineptos, indignos e incompetentes con relación a las situaciones que se presentan en su realidad. Si ellos realizan algo exitosamente, lo atribuyen a su suerte y creen que eventualmente fracasarían. A su vez, tener una autoestima baja es la clave para el desarrollo de la depresión.

#### 3.4.2.4. Cognitivo-Conductual (Indefensión aprendida y el estilo de atribución)

Nolen-Hoeksema, Girgus & Seligman (1992) propusieron una visión de la depresión integrando las perspectivas cognitivas y la del aprendizaje. La premisa de este acercamiento es que tanto la cognición como los sentimientos de desesperanza son aprendidos y que la depresión es una indefensión (desesperanza) aprendida. En esta se adquiere la creencia de que la persona es incapaz de afectar los resultados de su vida. Esto es, una persona quien observa que sus acciones continuamente tienen muy poco efecto en su ambiente, desarrolla unas expectativas de desesperanza. Cuando esas expectativas emergen pueden no ser controladas y pueden resultar en la falta de acción y depresión (Sue y otros, 2006).

El modelo depresivo por indefensión aprendida postula que las experiencias pasadas de impotencia real conducen a que el individuo se convenza de que las situaciones futuras no placenteras también serán incontrolables, y por lo tanto, se responde a estas situaciones con pasividad, resignación y aceptación depresiva. Las investigaciones han demostrado que la depresión está asociada con un locus de control externo, donde la persona deprimida tiende a percibir los eventos como incontrolables (Benassi y otros, 1988). Se ha observado que los perros expuestos repetidamente a una serie de descargas eléctricas inevitables no escapaban posteriormente de otra serie de descargas eléctricas aún cuando pudieran escapar. La incapacidad de controlar la situación dolorosa conduce a un estado de retraimiento y abandono por indefensión.

Una persona susceptible al desarrollo de depresión, entonces depende de sus experiencias controlando el ambiente. Seligman (1975) en su estudio sobre la desesperanza, encontró un fuerte paralelismo entre los síntomas y las causas de la desesperanza y la depresión. Este investigador señaló que la depresión es una creencia de autodesesperanza. Por lo que las personas severamente deprimidas creen que sus planes y habilidades no son efectivos para lograr sus metas. Estas las expectativas de que un resultado es independiente de la respuesta, primero produce una reducción de la motivación para

controlar el resultado; segundo, interfiere con el aprendizaje que responde a controlar el resultado; y tercero, produce miedo en la medida en que la persona siente incertidumbre de un resultado no controlable.

Abramson y otros (1978) señalaron que las personas quienes sienten desesperanza hacen atribuciones causales o especulaciones acerca de por qué están desesperanzados. Estas atribuciones pueden ser internas o externas, estables o inestables, y globales o específicas. Por ejemplo, al suponer que un estudiante que está matriculado en un curso de matemáticas recibe una baja calificación a un factor interno o personal, (no lo hice bien, porque le tengo miedo a las matemáticas) o a factores externos (yo no le gusto a la maestra y no puedo obtener buenas notas). Además, la atribución puede ser estable (soy el tipo de persona que nunca trabaja bien en matemáticas) o inestable (mi pobre ejecución se debe a mi sobrecarga de trabajo). Por último, la atribución puede ser global (soy un pobre estudiante). Mientras que, en la específica (soy pobre en matemáticas, pero bueno/a en otras asignaturas). Raps y otros (1982) mostraron evidencia de que las personas con depresión realizan más atribuciones depresivas y sienten que sus vidas están menos controlables.

Algunas personas, quienes tienen un estilo de atribución pesimista, interpretan los eventos malos como fallos al examinar las

áreas global, estable e interna. Los estudiantes universitarios con este mismo estilo de atribución reciben las peores calificaciones; como vendedores tienen la peor ejecución; y tienen peor estado de salud (Seligman, 1987).

Otra teoría que explica la depresión, es que los individuos tienen estilos consistentes de respuestas a los estados de ánimo depresivos y esas respuestas afectan el curso de la depresión (Nolen-Haeksema, 1991). En particular, las respuestas rumiativas en la cual se buscan las razones para sentir el malestar, considera las posibles consecuencias de un síntoma y expresa a otros cuan mal se siente. Esto se cree prolonga e intensifica al estado de ánimo y posiblemente establezca los patrones del episodio depresivo (Just & Alloy, 1997).

#### 3.4.2.5. Aspectos Socioculturales

Los estudios interculturales han encontrado que la prevalencia y manifestación de síntomas varía considerablemente entre los diferentes grupos culturales y sociedades (Goodwin & Guze, 1984). Por ejemplo, los nativoamericanos y los asiáticos que viven en el sureste de los Estados Unidos parecen tener los índices de depresión más altos, que otros grupos poblacionales (Chung & Okazaki, 1991; Vega & Rumbaut, 1991). En China, las personas con depresión comúnmente presentan síntomas somáticos. Estos son problemas en su cuerpo, dolores, más que disforia (depresión, ansiedad o retardación). Esto indica que la



expresión de los síntomas de un desorden particular pueden diferir de una cultura a otra (Kleinman, 1991). Los hallazgos sugieren que los factores tanto culturales, experiencias sociales y los estresores psicosociales pueden jugar un papel importante en el trastorno depresivo mayor.

Según el modelo de diátesis-estrés de la depresión (Nemeroff, 1998), que se relaciona con la teoría neuroendocrina, algunas personas heredan la susceptibilidad a desarrollar la depresión. Esto se debe posiblemente a que sus sistemas monoaminérgicos estén hipoactivos y los sistemas del hipotálamo, hipófisis anterior y corteza adrenal estén hiperactivos, o ambas cosas. La idea central del modelo de diátesis-estrés es que la susceptibilidad heredada hacia la depresión normalmente no es capaz de producir por sí misma el trastorno. No obstante, si los sujetos susceptibles se exponen a estrés en las primeras fases de su vida, sus sistemas se sensibilizan permanentemente y reaccionan excesivamente ante estímulos estresantes leves durante el resto de sus vidas. El modelo de diátesis-estrés de la depresión encuentra apoyo en la observación de que el estrés durante las primeras fases de la vida de crías de ratas, producido por la separación de su madre, da lugar a aumentos de las hormonas liberadoras de corticotrópicos, adrenocorticotrópicas y

corticoesteroides circulantes, que se mantienen hasta la vida adulta (Nemeroff, 1998).

Esta perspectiva se enfoca en los roles del estrés en el desarrollo de la depresión mayor. Esta propone tres factores que son importantes a considerar: diatesis, estrés y recursos o fuentes de apoyo. La diatesis se refiere a la predisposición genética o situaciones sociales por lo cual ciertas personas desarrollan depresión (Monroe & Simon, 1991). El estrés puede precipitar la activación de esta predisposición. Presumiblemente, las personas con menos predisposición (comparados con los de mayor predisposición) requieren mayores niveles de estrés para desarrollar depresión.

Lewinsohn y otros (2001) compararon las teorías de Beck y Seligman. Estos señalaron que ambas teorías proponen un proceso de diatesis-estrés. Este proceso sostiene que una vulnerabilidad por las cogniciones negativas (Beck) o las atribuciones pesimistas (Seligman) y la vulnerabilidad en la presencia de estresores (eventos de la vida negativos) promueven el desarrollo de la depresión mayor en las personas. Sin embargo, los estudios han encontrado que la diatesis-estrés no predicen los desordenes depresivos.

La importancia del estrés en la depresión ha sido demostrada. En un estudio, donde las personas reportaban sus niveles de estrés diario, sus estado de ánimo y estresores, tales como dependencia y problemas

de relaciones interpersonales, encontró que estos factores ocurrían previo a que presentaran síntomas depresivos (Lewinsohn y otros, 1988). Estos investigadores han concluido que los estresores severos provocan más depresión que los leves. Se ha observado que el estrés, tiene una importancia significativa en las recaídas y recurrencia de la depresión luego del tratamiento (Lewinsohn y otros, 1989).

En los sucesos vitales recientes, la mayoría de estudios que utilizan individuos sanos, personas con trastornos orgánicos o psiquiátricos con otros tipos de trastornos como controles, han hallado que los pacientes deprimidos refieren un mayor número de sucesos vitales o más estrés vital durante períodos variables de tiempo antes del desarrollo de los episodios depresivos. Paykel (1982) estimó que los sucesos vitales tienen un papel importante pero no decisivo en la causa de la depresión.

Cuando se realizó un esfuerzo para identificar qué tipos de sucesos se asocian de un modo particular con la depresión, los resultados obtenidos apuntaban, al aumento de muertes y separaciones interpersonales, fracasos y decepciones y argumentos y discordias con varias figuras interpersonales importantes. No se halló una relación entre los sucesos vitales positivos y la depresión. Globalmente, como Paykel (1982) observó, puede decirse que la

relación más fuerte con la depresión se produce con una amplia gama de situaciones estresantes.

Los factores psicosociales precipitadores parecen tener un gran impacto durante los primeros momentos del curso de un trastorno del estado de ánimo. La mayoría de estudios, encontraron que existen más factores psicosociales implicados durante el primer episodio de un trastorno afectivo, que en los episodios que se producen posteriormente (Post, 1992).

En los sucesos vitales, las pérdidas durante la infancia se han relacionado con un aumento de la vulnerabilidad a la depresión. En los estudios realizados en los primates se ha observado una repuesta de tipo depresivo más consistente cuando se separa a las crías de sus madres. De forma característica, en estos animales, la separación va seguida inicialmente por un estado de protesta agitada y posteriormente por un estado de desespero asociado con evitación social, reducción del nivel de actividad y reducción de la ingesta de líquidos y de alimentos (McKinney, 1988).

La investigación transcultural han provisto de aspectos específicos y universales sobre los efectos del estrés. Al comparar la cultura China y la de Estados Unidos se encontró que en ambas culturas, los estresores, tales como enfermedad de los padres o pérdidas económicas familiares tienen un efecto similar en el ánimo depresivo. Sin embargo, las

diferencias observadas fueron en las correlaciones entre la depresión y pobres relaciones con los padres y pobre aprovechamiento académico. Los chinos, más que los norteamericanos, reflejan un énfasis cultural en la familia y el rendimiento académico. En un estudio longitudinal con personas con depresión unipolar, los investigadores encontraron que tener padres disfuncionales crea condiciones estresantes en la familia. Esto puede crear vulnerabilidad de las personas hacia el estrés. Las personas provenientes de tales familias fallan en adquirir destrezas adaptativas y una autoimagen positiva. Además, existe evidencia de que disciplina inadecuada en la niñez está asociada a niveles de depresión entre las personas quienes han tenido episodios de depresión mayor (Lara, Klein, & Kasch, 2000).

Los sistemas de apoyo adecuados o recursos pueden actuar como factores protectores que reducen la depresión cuando hay presencia de estresores. Los investigadores señalaron que los recursos personales o familiares ayudan al individuo a manejar y ajustarse al estrés. Estos demostraron que los recursos sociales (tales como, cantidad de amigos/as disponibles para ayudar, pocas discusiones familiares, y compartir actividades con amistades) fueron factores importantes en la remisión de la depresión.

En términos de las diferencias de género y depresión, se ha encontrado que la depresión es más común en las mujeres que entre los

hombres en todas las partes del mundo (Strickland, 1992). Esto se debe probablemente, primero a que la mujer busca más ayuda profesional que los hombres. Segundo, las mujeres se encuentran más dispuestas a expresar su depresión a otras personas. Tercero, se ha observado que las personas y los sistemas de diagnóstico tienen cierto sesgo hacia los hallazgos de la depresión entre las mujeres. Por último, que la depresión en los hombres viene disfrazada con otro diagnóstico, tal como dependencia de sustancias (Caplan, 1995).

Se ha intentado explicar esas diferencias enfocándose en los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Las investigaciones sobre las diferencias genéticas u hormonales entre las mujeres y los hombres las aportan muy poca evidencia sobre éstas en el desarrollo de la depresión. Estos datos, han llevado a los investigadores a proponer que los factores sociales o psicológicos juegan un papel importante en el desarrollo de este trastorno. En los roles tradicionales de la mujer, se le ha presionado a presentarse como más atractiva, sensible hacia las otras personas y pasiva en las relaciones (Strickland, 1992). Esta visión de subordinación hacia el hombre, combinado con la falta de oportunidades de empleo puede producir más depresión en las mujeres (Bernard, citado en Sue y otros, 2006). Esto lleva a las mujeres a tener menos control de sus situaciones de vida, ya que tienen muchas expectativas para cumplir con sus roles, lo que contribuye a su

desesperanza y a la falta de bienestar. Gotlib (1994) encontró que las mujeres amas de casa y las que cuidan a sus hijos son más vulnerables a desarrollar depresión. Finalmente, los roles tradicionales femeninos de sumisión, emocionalidad y gentileza, han sido reforzados como respuestas asertivas y apropiadas en la mujer, mientras que, la fuerza es la respuesta reforzada en los hombres.

En un estudio, Egeland y Hostetter (1983) encontraron que en la comunidad religiosa Amish en Pensilvania, Estados Unidos de Norteamérica, la misma proporción de depresión en mujeres y en hombres. Los investigadores notaron que los hombres no muestran conductas antisociales o alcoholismo, por lo cual no enmascaran su depresión. En adición, tanto las mujeres como los hombres trabajan fuera del hogar. Estos hallazgos sugieren que algunos aspectos del ambiente pueden interactuar con la biología de la mujer para promover una desproporción incidental de depresión en ellas (U.S. Surgeon General, 1999). Por otro lado, Nolen-Hoeksema (1987) indicó que la forma como la persona responde a su depresión contribuye con la severidad, cronicidad y recurrencia de la depresión. Desde este punto de vista, la mujer tiende a rumiar y amplificar sus estados depresivos, mientras que los hombres tienden a minimizar su disforia.

### 3.5. Depresión y Aprovechamiento Académico

Torres (1997), en un estudio sobre la depresión en estudiantes

universitarios, cuyas edades fluctuaban entre 18 a 42, encontró que un 77.5 por ciento tenían rasgos depresivos. Otros estudios en Estados Unidos demuestran que entre un 10 a un 25 por ciento de la población estadounidense sufre de algún tipo de depresión (Jefferson y Greist, 1996).

En un estudio realizado de la Universidad de Toronto en el cual participaron un total de 74 estudiantes (41 masculinos y 33 femeninos) se encontró que los individuos deprimidos en comparación con los individuos no deprimidos, informaron obtener notas bajas y estar menos satisfechos con éstas. Además de obtener notas bajas, estos estudiantes señalaron ser menos exitosos haciendo nuevos amigos y en ajustarse al aumento de independencia y automotivación requerida en la universidad y tenían menos confianza en su decisión de proseguir estudios universitarios (Krames, O'Brien & Vredenburg 1993).

En dicho estudio se utilizaron los siguientes cuestionarios, "The Beck Depression Inventory" (BDI), "Academic Interaction Inventory, Depression Locus of Control Scale" (DLC), "Disfunctional Attitudes Scale-Form A" (DAS), Personal Attributes Questionnaire" (PAQ), y el "Personality Research Form" (Krames, O' Brien & Vrendenburg 1993). La media del "Beck Depression Inventory" para los 35 individuos deprimidos fue de 14.29 y la media de los 39 individuos no deprimidos



fue de 3.44. El análisis y examen de las medias reveló que los estudiantes deprimidos eran más propensos que los estudiantes no deprimidos, a creer que sus depresiones eran generalmente más severas, más frecuentes y diferentes a las depresiones experimentadas por otros. Los estudiantes deprimidos también informaron que la intensidad y frecuencia de sus depresiones habían aumentado desde el período antes de comenzar la Universidad hasta el momento del estudio. El estudio señaló que la depresión en los estudiantes universitarios no está exclusivamente relacionada con una personalidad depresiva o con la experiencia de eventos únicos a la vida universitaria, sino que ambos factores están implicados a un grado de significación (Krames, O' Brien & Vredenburg, 1993).

En un estudio de Blankstein, Flett & Johnston (1992), se seleccionó una muestra de estudiantes universitarios y se les preguntó el tipo de problemas que habían experimentado recientemente. Los problemas más frecuentes fueron de tipo interpersonal, intrapersonal y emocional. Otra muestra de estudiantes clasificó los problemas en términos de su severidad. Con estos datos se creó la versión del "Means Ends Problem Solving Procedure" (MEPS) para estudiantes. Se seleccionó una tercera muestra de estudiantes con 18 deprimidos (14 femeninos y 4 masculinos) y 18 no deprimidos (13 femeninos y 5 masculinos). Se identificó esta tercera muestra mediante la

administración del "Beck Depression Inventory". A cada estudiante se le administró individualmente el MEPS para estudiantes universitarios. Los resultados del estudio demostraron que los estudiantes deprimidos y no deprimidos, no señalaban diferencia en su habilidad para resolver problemas personales. Los resultados sugieren que las diferencias en la solución de problemas entre los individuos deprimidos y no deprimidos son primordialmente de naturaleza cognoscitiva y que esos factores cognoscitivos contribuyen a diferencias de conducta. Los estudiantes universitarios deprimidos tenían más expectativas y evaluaciones negativas de su habilidad para resolver problemas a través de los dominios interpersonales, intrapersonales y emocionales.

Guenther & Heiligenstein (1996) llevaron a cabo un estudio en la Universidad de Wisconsin-Madison para estudiar la incidencia de la depresión y su impacto en el desempeño académico. Los resultados obtenidos señalaron que el 92 por ciento (58) de los estudiantes en el estudio mostraron ausentismo, disminución en la productividad académica y problemas significativos de relaciones interpersonales en la universidad. De los 58 estudiantes con deterioro en el desempeño académico 9 (16 por ciento) mostraron evidencia de depresión leve, 25 (43 por ciento) mostraron depresión moderada y 24 (41 por ciento) tenían depresión severa. De los cinco (5) estudiantes que no mostraron deterioro en el desempeño académico, cuatro (4)

mostraron depresión leve y uno (1) mostró depresión moderada. Para el análisis principal de los datos el total de las puntuaciones en el BDI mostró una correlación significativa con el SAS-SR ( $r = -0.34$ ,  $df = 62$ ,  $p < .05$ ).

## CAPÍTULO 4

### AUTOEFICACIA ACADÉMICA

#### 4.1 Teoría y Conceptos de Autoeficacia

Teóricos e investigadores del comportamiento humano han señalado que el aprendizaje constituye el tema central de la psicología durante muchos años (Mayor y González Marqués, 1995). Sin embargo, con el desarrollo de la psicología cognitiva, el aprendizaje se relegó a un segundo plano, ya que las investigaciones dieron importancia al conocimiento y a la representación del mismo.

Según Marx (1986), citado en Mayor y González Marqués (1995), el aprendizaje es un cambio relativamente permanente en la conducta en función de las conductas anteriores. En los últimos años se ha producido una convergencia en ambos movimientos. El aprendizaje incorporó más componentes cognitivos y el análisis del conocimiento se movió a cómo este se adquiriría. Las teorías de aprendizaje integran los enfoques basados en las teorías de la información y de informática, ya que aplican estrategias de aprendizaje y aprendizaje autorregulado. Las teorías cognitivas, por su parte, ha ido dando importancia a la adquisición, la organización, la elaboración de modelos de aprendizaje basados en sistemas de producción y la utilización de estrategias efectivas de aprendizaje.

En su publicación, Bandura (1977) planteó y desarrolló el concepto de autoeficacia y lo ha relacionado con una variedad de situaciones en las cuales el individuo estima su propia habilidad para influir en algún tipo de comportamiento. El autor define la percepción de la autoeficacia como los juicios que la persona hace con respecto a su capacidad para organizar y para ejecutar un curso de acción requerida para alcanzar tipos específicos de desempeño. En otras palabras, cuan bien la persona puede ejecutar un curso de acción requerido para manejar sus situaciones (Bandura, 1982).

Los efectos de las creencias de eficacia sobre los *procesos cognitivos* se presentan de diferentes maneras, por lo que gran parte de la conducta humana que persigue una finalidad se regula mediante el pensamiento anticipador de los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos está influido por autoevaluaciones de las capacidades. Por lo tanto, cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, más retadores son los objetivos que se plantean los sujetos y más firme es su compromiso de alcanzarlos (Locke y Lathan, 1990).

Muchos cursos de acción se organizan inicialmente en el pensamiento. Las creencias de eficacia modelan los tipos de escenarios anticipadores que construyen y ensayan. Las personas con un alto sentido de eficacia visualizan los escenarios de éxito que aportan pautas y apoyos positivos para la ejecución. Las que dudan de su

eficacia visualizan los escenarios de fracaso y meditan sobre todas las cosas que podrían salirles mal. Es difícil lograr algo cuando se lucha contra las dudas en relación a uno mismo (Bandura, 1999).

Una función importante del pensamiento es capacitar a los sujetos para predecir los sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos sucesos que influyen sobre sus vidas. Tales destrezas de resolución de problemas requieren un procesamiento cognitivo efectivo de la información que contiene muchas complejidades y ambigüedades. Al aprender las reglas de predicción y regulación, las personas deben recurrir a su conocimiento para construir opciones, para sopesar e integrar los factores predictivos, para probar y revisar sus juicios en relación a los resultados a corto y largo plazo y para recordar qué factores han ensayado y cómo han funcionado (Bandura, 1999).

La autoeficacia del individuo determina, no sólo la iniciación de un comportamiento determinado, sino también el nivel de esfuerzo empeñado en la realización de una tarea y la persistencia que el individuo desarrollará cuando ocurran situaciones que amenazan con impedir el logro de la meta. Este concepto de autoeficacia percibida se fundamenta en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1977).

Esta teoría que propuso Bandura (1982; 1997; 1999) intentó ofrecer una explicación sobre los orígenes de las creencias de eficacia

personal, su estructura y su función, los procesos mediante los que operan y los efectos que producen. La autoeficacia percibida se define como las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de autoeficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas.

La autoeficacia general se refiere a la percepción del individuo sobre sus capacidades, a base de lo cual organiza y ejecuta sus actos de modo que le permiten alcanzar el logro deseado. Por su parte, la autoeficacia social es la percepción del individuo sobre sus capacidades para alcanzar relaciones sociales saludables (Bandura, 1977 y 1982).

Bandura y Adams (1977) señalaron que el concepto de autoeficacia percibida ha estimulado en la última década una gran cantidad de investigación en ámbitos tan diversos como la salud, la psicología y la educación. Algunas de las áreas que se destacan son las expectativas de autoeficacia, eficacia y resultados.

#### 4.2 Expectativas de Autoeficacia, Eficacia y Resultados.

Bandura (1982) utiliza intercambiamente las expresiones expectativas de eficacia, autoeficacia y expectativas de autoeficacia para referirse a las creencias sobre las propias capacidades.

De acuerdo a Bandura (1980), las expectativas de autoeficacia pueden ser mediadoras importantes de la conducta y en el cambio de

conducta. Además, las expectativas de eficacia personal influyen en la selección que hace la persona de los escenarios y de actividades, así como en la persistencia de la persona en los cursos de acción para afrontar los obstáculos.

La autoeficacia se basa en la distinción conceptual realizada por Bandura (1977) donde se encuentran las expectativas de resultados y las expectativas de eficacia. Las expectativas de resultados son la creencia que tiene una persona de que un determinado comportamiento le conducirá a determinados resultados. Por su parte, la expectativa de eficacia es la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito determinados resultados.

En el 1986, este mismo autor, señaló que las expectativas de eficacia determinan, en gran medida, la elección de las actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales. Además, la ineficacia percibida para afrontar situaciones adversas producirá ansiedad, mientras que la ineficacia percibida para conseguir resultados deseados que otros son capaces de alcanzar producirá depresión. Sin embargo, una elevada autoeficacia no es condición suficiente para una actuación exitosa, debe poseerse, en conjunto con las habilidades, los incentivos y los recursos materiales necesarios para actuar.



Las expectativas de autoeficacia varían en diversas dimensiones las cuales ejercen implicaciones importantes en el comportamiento. Estas dimensiones son: magnitud, generalidad y fuerza. La magnitud se refiere a que las tareas son ordenadas por el nivel de dificultad. Por lo tanto, las expectativas de autoeficacia de los individuos deben ir desde tareas más simples, las moderadas, hasta llegar a las más difíciles. La generalidad se refiere a que algunas expresiones crean expectativas de eficacia en un área específica, mientras que otras infunden un sentido más generalizado de eficacia. Por último, las expectativas de eficacia varían en fuerza, lo cual se refiere a niveles de debilidades y fortalezas (Bandura, 1977).

#### 4.3 Fuentes de Eficacia.

El impacto de las creencias de eficacia sobre la construcción de circunstancias vitales inciertas es también muy evidente en las transiciones difíciles del curso vital. Al superar la adaptación a nuevas demandas sociales, inmigrantes con un alto sentido de eficacia lo consideran como un desafío, mientras que aquellos que desconfían de sus capacidades de manejo lo consideran como una amenaza (Jerusalem y Mittag, 1995). Estas creencias de eficacia se derivan de cuatro (4) fuentes específicas.

El conocimiento de la propia eficacia, ya sea exacto o no, se basa en cuatro fuentes principales de información: (1) los logros de

ejecución; (2) las experiencias vicarias; (3) la persuasión social que son las medidas percibidas de influencia social sobre la percepción de las propias capacidades; y (4) los estados fisiológicos y psicológicos a partir de las cuales las personas juzgan, en parte, su capacidad, su resistencia, y su vulnerabilidad a la disfunción. Bandura (1986) establece que una influencia determinada en función de sus formas, actuará a través de una o varias fuentes de información de eficacia.

De acuerdo a Bandura (1977), la fuente más importante de información que interfiere con el juicio de autoeficacia es la ejecución de logros adquiridos. Esta consiste en la experiencia de éxito o fracaso que haya experimentado el individuo.

Las creencias de las personas en relación a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas de influencia. El modo más efectivo son las *experiencias de dominio*. Éstas aportan la prueba más auténtica de si uno puede reunir o no todo lo que se requiere para lograr el éxito (Bandura, 1982; Biran y Wilson, 1981; Feltz, Landers y Raeder, 1979; Gist, 1989). Los éxitos crean una robusta convicción de eficacia personal. Los fracasos la debilitan, especialmente si se producen antes de que el sentido de autoeficacia se haya consolidado. El desarrollo de la autoeficacia mediante las experiencias de dominio implica la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y autorreguladores que permitan idear y ejecutar los cursos de acción

necesarios para manejar circunstancias cambiantes. Sin embargo, si las personas únicamente experimentan éxitos fáciles tienden a esperar resultados inmediatos y a desmotivarse con los fracasos. Un sentido resistente de eficacia requiere experimentar la superación de obstáculos a través del esfuerzo perseverante.

Las *experiencias vicarias* también contribuyen a crear y fortalecer las creencias de eficacia. Observar a personas similares alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias del observador en relación a sus propias capacidades para dominar actividades comparables (Bandura, 1986; Schunk, 1987). El impacto del modelado depende de la similitud percibida con los modelos. Cuanta mayor similitud, más persuasivos son los éxitos, y contrariamente, cuantas más diferencias se perciban con el modelo menor será su influencia.

La *persuasión social* constituye el tercer modo de fortalecer las creencias de éxito. Las personas a las que se persuade verbalmente de que poseen capacidades de dominio tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales (Litt, 1988; Schunk 1989). Este esfuerzo sostenido permite desarrollar nuevas destrezas y a aumentar la sensación de eficacia personal.

Los *estados emocionales* y fisiológicos también influyen en la valoración de la autoeficacia. Las reacciones de estrés y tensión son interpretadas como muestras de debilidad. En las actividades que implican fuerza y persistencia, las personas juzgan su fatiga, dolores y molestias como señales de debilidad física (Ewart, 1992). El estado de ánimo es, asimismo, determinante, de manera que el estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia percibida e inversamente (Kanavagh y Bower, 1985). En consecuencia, mejorar el estado físico, reducir el estrés y las emociones negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos puede mejorar las creencias de autoeficacia. La intensidad de ciertas reacciones emocionales no es tan determinante como la interpretación que se realice de las mismas. Las personas que disponen de un alto sentido de eficacia tienden a considerar un estado de activación afectiva como facilitador energizante de la ejecución. Estas fuentes de las creencias de eficacia y las expectativas de autoeficacia representan los elementos claves en el desarrollo de la autoeficacia académica.

#### 4.4 Autoeficacia y Ambiente Académico.

Bandura (1977) y Schunk (1989) definieron la autoeficacia académica percibida como los juicios personales de las propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que conducen a los tipos de ejecuciones educativas designadas.

Para McCombs (1989), el estudio científico y la medición de las autoconcepciones en la ejecución académica estuvo arrinconado históricamente por la existencia de diversos problemas conceptuales y psicométricos (Wylie, 1968; Zimmerman, 1989b). Sin embargo, esto fue superado en 1977 por Bandura cuando propuso una teoría sobre los orígenes, mecanismos mediadores y diversos efectos de las creencias de eficacia personal. Este aportó también las pautas para medir las creencias de autoeficacia en diferentes dominios de funcionamiento.

En el ambiente académico, las teorías que estudian el aprendizaje e instrucción postulan que los estudiantes son buscadores y procesadores activos de información (Pintrich, Cross, Kozma & KcKeachie, 1986; Pintrich & de Groot, 1990). La evaluación del potencial amenazador o beneficioso de un estímulo elicitaba respuestas emocionales positivas o negativas que determinan la experiencia afectiva (Lazarus, 1991; Weiner, Russel y Lerman 1978; 1979) y, en consecuencia el rendimiento académico. Además, las investigaciones de las cogniciones de los estudiantes en las autoconcepciones académicas actuales le asignan una importancia significativa a la motivación académica (Bandura, 1977; Zimmerman & Ringle, 1981; & Multon, Brown & Lent, 1991), al logro académico (Schunk, 1989; & Multon, Brown & Lent, 1991), los estados emocionales (Morris &

Liebert, 1970; & Meece, Wigfield & Eccles, 1990), las habilidades académicas (Collins, 1982), las expectativas de resultados (Atkinson, 1957 & Feather, 1982), la autocompetencia (Pintrich & de Groot, 1990), el autoconcepto (Pajares & Miller, 1994; Wylie, 1968) y la autoregulación académica (Zimmerman & Schunk, 1989).

#### 4.4.1 Motivación Académica.

La persistencia o motivación de los estudiantes es un componente clave y está relacionado a las creencias de eficacia. Bandura (1977) postulaba que las creencias de eficacia influyen sobre el nivel de esfuerzo, persistencia y selección de actividades. Los estudiantes con un alto sentido de eficacia para completar una tarea educativa participarán con mayor disposición, se esforzarán más y persistirán durante más tiempo que aquellos que dudan de sus capacidades ante las dificultades. Bandura ha propuesto que existen otras consideraciones sobre el esfuerzo empeñado durante una ejecución. Berry (1987) encontró que la eficacia percibida contribuye directamente en la ejecución memorística y potencia la persistencia.

Zimmerman y Ringle (1981) usando problemas irresolubles, demostraron el efecto generalizado de las creencias de eficacia sobre la persistencia. Los niños en edad escolar que habían observado un modelo optimista no sólo seguían siendo más autoeficaces y persistentes durante la resolución de problemas en una tarea similar

no verbal que los jóvenes que habían visto un modelo pesimista, sino que también generalizaban sus creencias de eficacia y motivación a diferentes problemas verbales.

Algunos estudios han demostrado que las creencias en la eficacia personal potencian el esfuerzo y la persistencia en las actividades académicas. Multon, Brown y Lent (1991) encontraron a través de un metanálisis, que las creencias en la eficacia personal potencia el esfuerzo y la persistencia en las actividades académicas. Estos revisaron 38 estudios realizados entre los períodos del 1977 al 1989. Este análisis reveló un efecto positivo significativo ( $r = .34$ ); las creencias de autoeficacia de los jóvenes explicaban el 12 % de la varianza en la persistencia que demostraban ante la tarea. Curiosamente, los juicios de autoeficacia de los estudiantes predecían mejor la medida del índice ( $r = -.48$ ) y la media del semestre ( $r = .34$ ) que las medidas del tiempo de persistencia ( $r = .17$ ). El menor tamaño del efecto de la persistencia puede ser reflejo del hecho de que un alto sentido de la eficacia puede fomentar la persistencia en tareas difíciles pero puede reducirla mediante las soluciones rápidas cuando las tareas son sólo moderadamente difíciles. Multon, Brown & Lent (1991) encontraron una relación más fuerte entre las creencias de eficacia y el logro de los estudiantes cuyo progreso académico era bajo ( $r = .56$ ) que entre jóvenes con un buen progreso académico ( $r = .33$ ).

#### 4.4.2 Logro Académico

Como la autoeficacia percibida fomenta la implicación en actividades de aprendizaje que favorecen el desarrollo de competencias educativas, tales creencias afectan al nivel de logro y de motivación. Schunk y sus colaboradores, en sus investigaciones, han demostrado el impacto de las creencias de eficacia sobre la implicación en el aprendizaje y el logro académico (Schunk, 1989). Las creencias de los niños en su eficacia para el aprendizaje predicen el índice de problemas que resuelven durante las sesiones instructivas (entre  $r = .33$  y  $r = .42$ ) y el nivel posttest de autoeficacia y destreza académica (entre  $r = .46$  y  $r = .90$ ). Los análisis de regresión revelan que las creencias de eficacia hacen contribuciones únicas incrementando el logro académico muy por encima de la instrucción (entre  $R^2 = .37$  y  $R^2 = .24$ ).

La relación entre la autoeficacia percibida y el logro académico también era mayor para los estudiantes de cursos altos y universitarios (.41 y .35 respectivamente) que para los alumnos de la escuela primaria (.21). Multon, Brown & Lent (1991) especulaban que los estudiantes de más edad pueden ser más capaces de evaluar sus capacidades académicas debido a su mayor experiencia académica.

#### 4.4.3 Estados Emocionales.



En relación con los procesos afectivos, las creencias intervienen sobre la sensación de estrés y depresión que las personas con escasa autoeficacia experimentan ante situaciones amenazadoras o difíciles. La autoeficacia percibida para ejercer control sobre los estresores es determinante en la activación de la ansiedad (Bandura, 1991). Las personas que creen que las posibles amenazas no son manejables ven muchos aspectos de su entorno como cargados de ira. Meditan sobre sus deficiencias para el manejo y magnifican la gravedad de las posibles amenazas preocupándose de cosas improbables. Se desaniman con pensamientos ineficaces y perjudican su nivel de funcionamiento (Lazarus y Folkman, 1984, Meichenbaum, 1977; Saranson, 1975, Folkman, 1997).

Por el contrario, las personas que creen poder ejercer control sobre las posibles amenazas no las vigilan ni insisten en los pensamientos rumiativos. Sanderson, Rapee y Barlow (1989) presentan pruebas en relación al poder de las creencias de eficacia para transformar cognitivamente las situaciones amenazantes en situaciones benignas. Sometidos a los mismos estresores ambientales, los sujetos que creen que pueden manejarlos permanecen imperturbables, mientras que aquellos que opinan que no pueden manejar personalmente los estresores los perciben de forma debilitadora.

El control sobre los pensamientos rumiativos y molestos es otra forma mediante la cual las creencias de eficacia regulan la activación de la ansiedad y la depresión. La principal fuente de angustia no es la frecuencia absoluta de los pensamientos perturbadores, sino la inhabilidad percibida para bloquearlos (Kent y Gibbons, 1987; Salkovskis y Harrison, 1984). En un estudio sobre el rol causal de las creencias de eficacia para el manejo del estrés y de la ansiedad reveló que las creencias de las personas con fobias en su eficacia de manejo se manipulan a diferentes niveles mediante el tratamiento del dominio guiado (Bandura, 1988). Los sujetos que demostraron escasa ansiedad y activación autónoma ante amenazas que pueden controlar, pero a medida que manejan amenazas ante las que desconfían de su eficacia de manejo, su ansiedad y activación autónoma aumentan. Tras haber elevado hasta el nivel máximo su eficacia percibida mediante las experiencias de dominio guiado, lograron manejar las mismas amenazas sin experimentar angustia, activación autónoma ni activación de las hormonas vinculadas al estrés.

Otra manera de reducción de ansiedad relacionada con la percepción de eficacia, consiste en la aportación de formas efectivas de conducta que convierten los entornos amenazantes en seguros. En este sentido, las creencias de eficacia regulan el estrés y la ansiedad a través de su impacto sobre la conducta de manejo. Cuanto más

intensa sea la sensación de eficacia, más propensas son las personas a enfrentarse a situaciones problemáticas que generan estrés y mayor es su éxito logrando modelarlas a su gusto y reduciendo conductas de evitación (Bandura, 1999).

Otra manera de reducción de ansiedad, relacionada con la percepción de eficacia, consiste en la aportación de formas efectivas de conducta que convierten los entornos amenazantes en seguros. En este sentido, las creencias de eficacia regulan el estrés y la ansiedad a través de su impacto sobre la conducta de manejo. Cuanto más intensa sea la sensación de eficacia, más propensas son las personas a enfrentarse a situaciones problemáticas que generan estrés y mayor es su éxito logrando modelarlas a su gusto y reduciendo conductas de evitación (Bandura, 1999).

Bandura (1993) señaló que las creencias de los estudiantes en relación a su eficacia para manejar las demandas de las tareas académicas influyen sobre los estados emocionales, como el estrés, la ansiedad y la depresión, así como sobre la motivación y el logro académico. En la teoría social cognitiva, la habilidad percibida para controlar sucesos potencialmente amenazadores desempeña un rol central en la activación de la ansiedad y de la conducta de manejo. Como la ansiedad está integrada por aspectos cognitivos y aspectos

fisiológicos Morris & Liebert (1970), puede perjudicar o interrumpir el funcionamiento intelectual.

En el 1990, Meece, Wigfield y Eccles proveyeron pruebas de que la ejecución de los estudiantes en situaciones académicamente amenazadoras depende más de las creencias de eficacia que de la activación de la ansiedad. Las expectativas de ejecución, sin embargo, influirían directamente sobre la ejecución académica a consecuencia de su especificidad contextual. Los investigadores sospechaban que ambos tipos de creencias de eficacia afectarían directamente sobre la ansiedad matemática, mientras que los efectos de la ansiedad sobre la ejecución académica estarían mediados por las expectativas en la ejecución matemática. Los resultados demostraron que la habilidad percibida y las expectativas de ejecución predecían la ansiedad matemática. Un bajo sentido de la eficacia activa la ansiedad en relación a las matemáticas y no así en la dirección contraria. Además, las percepciones de los estudiantes sobre su habilidad matemática influían sobre sus creencias de eficacia para la ejecución matemática, lo que a su vez afectaba sobre su nivel de logro académico.

En relación con la depresión Bandura (1999) apunta tres causas principales. La primera es la aspiración insatisfecha, los niveles de automerrecimiento que las persona se imponen y juzgan que no se podrán alcanzar les puede llevar a la depresión (Bandura 1991; Kanfer

y Zeiss, 1983). Por otro lado, la baja sensación de eficacia social para desarrollar relaciones sociales satisfactorias y amortiguadoras de los efectos adversos de los estresores crónicos puede producir depresión. (Holahan y Holahan, 1987). La tercera causa de depresión es la eficacia para el control de pensamientos. Gran parte de la depresión humana se genera cognitivamente mediante la rumiación. Una baja sensación de eficacia para controlar el pensamiento disfórico contribuye a la aparición, duración y recurrencia de los episodios depresivos (Kanavagh y Wilson, 1989). Cuanto más débil es la eficacia percibida para eliminar los pensamientos rumiativos, mayor es la depresión. El estado de ánimo y la eficacia percibida se influyen bidireccionalmente, un bajo sentido de eficacia para alcanzar las cosas que aportan auto-satisfacción y automerrecimiento conducen a la depresión, y un estado de ánimo depresivo, a su vez, reduce la creencia en la eficacia personal en un ciclo autodesmoralizante cada vez más profundo (Bandura, 1999).

#### 4.4.4 Habilidad académica

Bandura (1993) ha señalado, sin embargo, que la mera posesión de conocimientos y destrezas no significa que una persona vaya a usarlas con efectividad bajo condiciones difíciles. Por ejemplo, estudiantes con el mismo nivel de habilidad pueden diferir considerablemente en su eficacia percibida para manejar las

demandas académicas porque la ejecución satisfactoria requiere autoregulación de la motivación, procesos disruptivos de pensamiento y reacciones emocionales aversivas. Las creencias de eficacia, por lo tanto, contribuyen a la ejecución académica por encima de la habilidad real (Bandura, 1993).

Esta hipótesis ha sido confirmada por Collins (1982) quien identificó a niños con alta y baja eficacia matemática percibida dentro de cada uno de los tres niveles de habilidad matemática. En cada nivel de habilidad, los estudiantes que estaban seguros de su eficacia desecharon más rápidamente las estrategias que conducían a resultados falsos, volvían más sobre los problemas no resueltos y lograban una ejecución más alta que los niños con idéntica habilidad, pero inseguros de sus capacidades. Collins descubrió que la autoeficacia era un predictor mejor que la habilidad real de las actitudes positivas hacia las matemáticas.

#### 4.4.5 Expectativas de resultados

Atkinson (1957) y Feather (1982) en sus teorías de expectancia-valor señalaron que la conducta humana es una función conjunta de las expectativas de las personas según las cuales una conducta particular producirá ciertos resultados y el valor de dichos resultados. Es obvio que si un resultado educativo se considera inalcanzable o inútil, los estudiantes no se sentirán motivados. Sin embargo, Bandura

(1991) ha manifestado que las expectativas de resultados y valores por sí mismas son insuficientes para motivar la ejecución alta. Los estudiantes pueden creer que las recompensas y las condenas sociales son alcanzables y valorar esas recompensas, pero no deciden ejecutar la actividad académica porque creen carecer de la capacidad para hacerlo satisfactoriamente. Por lo tanto, para predecir una conducta se deben medir también las creencias de eficacia.

#### 4.4.6 Autocompetencia

La autoeficacia percibida y la competencia percibida están relacionadas en cierto grado con las creencias de capacidad personal, por lo que el desarrollo de eficacia académica y auto-reguladora aumenta los logros académicos. Los investigadores (Pintrich & de Groot, 1990) han descubierto que la autoeficacia percibida predice el uso que hacen los estudiantes de estrategias de aprendizaje cognitivo y autoregulador en las situaciones de aula, y que estas estrategias a su vez, predicen el logro académico. Por lo tanto, la autoeficacia predice la implicación cognitiva de los estudiantes durante el aprendizaje y los logros académicos.

#### 4.4.7 Autoconcepto.

Aunque a menudo se pasa por alto la diferenciación conceptual entre las creencias de autoeficacia y de autoconcepto, Bandura (1986) ha señalado que ambos constructos representan diferentes

fenómenos. La autoeficacia es un juicio relativo al contexto de habilidad personal para organizar y ejecutar un curso de acción con el fin de alcanzar los niveles designados de ejecución, mientras que el autoconcepto es una autoevaluación más general que incluye otras reacciones sobre uno mismo. El autoconcepto no se centra en el logro de una tarea particular, sino que incorpora todas las formas de autoconocimiento y sentimientos de auto-evaluación (English & English, 1958).

Las medidas del autoconcepto global de los estudiantes no han sido relacionadas sistemáticamente con su ejecución académica (Wylie, 1968). El estudio de Pajares y Miller (1968), comparó los roles de las creencias de autoeficacia y los autoconceptos particulares de dominio en la ejecución académica de los estudiantes y usaron procedimientos analíticos para examinar los roles predictivos y mediadores de estos dos constructos en la resolución de problemas matemáticos de estudiantes universitarios. Estos investigadores descubrieron que la autoeficacia matemática predecía mejor la resolución de problemas que el autoconcepto matemático, la utilidad percibida de las matemáticas, la experiencia previa en las matemáticas o el género. La autoeficacia mediaba también el efecto del género y de la experiencia matemática previa sobre el autoconcepto, la utilidad percibida y la resolución de problemas. La



peor ejecución y el autoconcepto más bajo de mujeres universitarias en comparación con los hombres se debía en gran medida a que los juicios de la autoeficacia eran inferiores.

El autoconcepto de una persona tiene una dimensión social y se aprende como consecuencia de la experiencia, es decir, al interaccionar con el mundo físico y con personas "significativas" (Lackovic, Grgin & Dekovic, 1990). Berganza y Aguilar (1992) revelaron en su estudio que la depresión y la autoestima social se relacionan inversamente, disminuyendo la depresión al aumentar la auto estima. La evidencia de la que se dispone actualmente confirma cada vez más la presencia de una relación inversamente proporcional y significativa entre la depresión y la autoestima en adolescentes (Herrero, Gracia y Musito, 1995).

#### 4.4.8 Autoregulación Académica

Según Bandura (1986), "las capacidades autoreguladoras requieren instrumentos de agencia personal y la seguridad en uno mismo para usarlas con efectividad" (p. 435). En el 1992, Zimmerman & Martínez-Pons señalaron que una cosa es poseer destrezas autoreguladoras y otra ser capaz de aplicarlas persistentemente ante las dificultades, los estresores y las atracciones competitivas. En este estudio los estudiantes quienes presentaron resultados más altos en su sentido de eficacia para manejar los aspectos de contenido de la

instrucción, presentaron menor sentido de eficacia para manejarse a sí mismos y obligarse a ejecutar las actividades académicas (Zimmerman, Bandura & Martínez-Pons, 1992). Las notas previas de los estudiantes predecían las notas que los padres esperaban de ellos, lo que a su vez estaba vinculado con las metas que establecían los hijos para sí mismos en relación a las notas.

Zimmerman & Schunk (1989) indicaron que todas las teorías de aprendizaje autoregulado reconocen que las destrezas de autoregulación exclusivamente son insuficientes para asegurar que sean usadas debidamente en condiciones particulares de aprendizaje

En conclusión, las investigaciones encontradas confieren validez al rol causal de la eficacia académica percibida por los estudiantes en diferentes aspectos del funcionamiento académico - su nivel de motivación, las reacciones afectivas a este proceso, los logros de ejecución y la regulación de su propio aprendizaje.

## PARTE II

### ESTUDIO EMPÍRICO

## CAPITULO 5

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

#### 5.1. Introducción

Esta investigación tiene como propósito principal evaluar la relación entre la autoeficacia percibida, nivel de depresión y el aprovechamiento académico en estudiantes universitarios. Además, se espera dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las características demográficas de la población estudiada?
- ¿Cuáles son las características académicas de la población estudiada?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en una muestra de estudiantes universitarios?
- ¿A caso un deterioro en el estado de salud mental inhibirá el sentido de percepción de autoeficacia y por ende tendrá un impacto significativo en su desempeño académico?

El desarrollo del sistema educativo en Puerto Rico ha dado una importancia significativa al aprendizaje y su evaluación. Sin embargo, el dominio de los contenidos educativos no garantiza que los estudiantes adquieran los mismos. Este proceso de aprendizaje

requiere un conjunto de estrategias cognitivas que promueven y refuerzan el aprendizaje.

El rol de las creencias de autoeficacia reviste una importancia significativa en los procesos académicos. Sin embargo, han sido limitados los esfuerzos por clarificar las posibles contribuciones de los estados emocionales y particularmente, el rol de la depresión.

Bandura (1977) y Schunk (1989) señalaron que la autoeficacia académica se define como los juicios personales de las propias capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que conducen a los tipos de ejecuciones educativas designadas.

En el 1999, Bandura señaló que las aspiraciones insatisfechas en las personas contribuyen con la aparición, duración y recurrencia de los episodios depresivos. Esto se debe a que estas personas desarrollan una baja eficacia para controlar los pensamientos disfóricos. Esto significa que a menor eficacia percibida para eliminar los pensamientos rumiativos, mayor es la depresión.

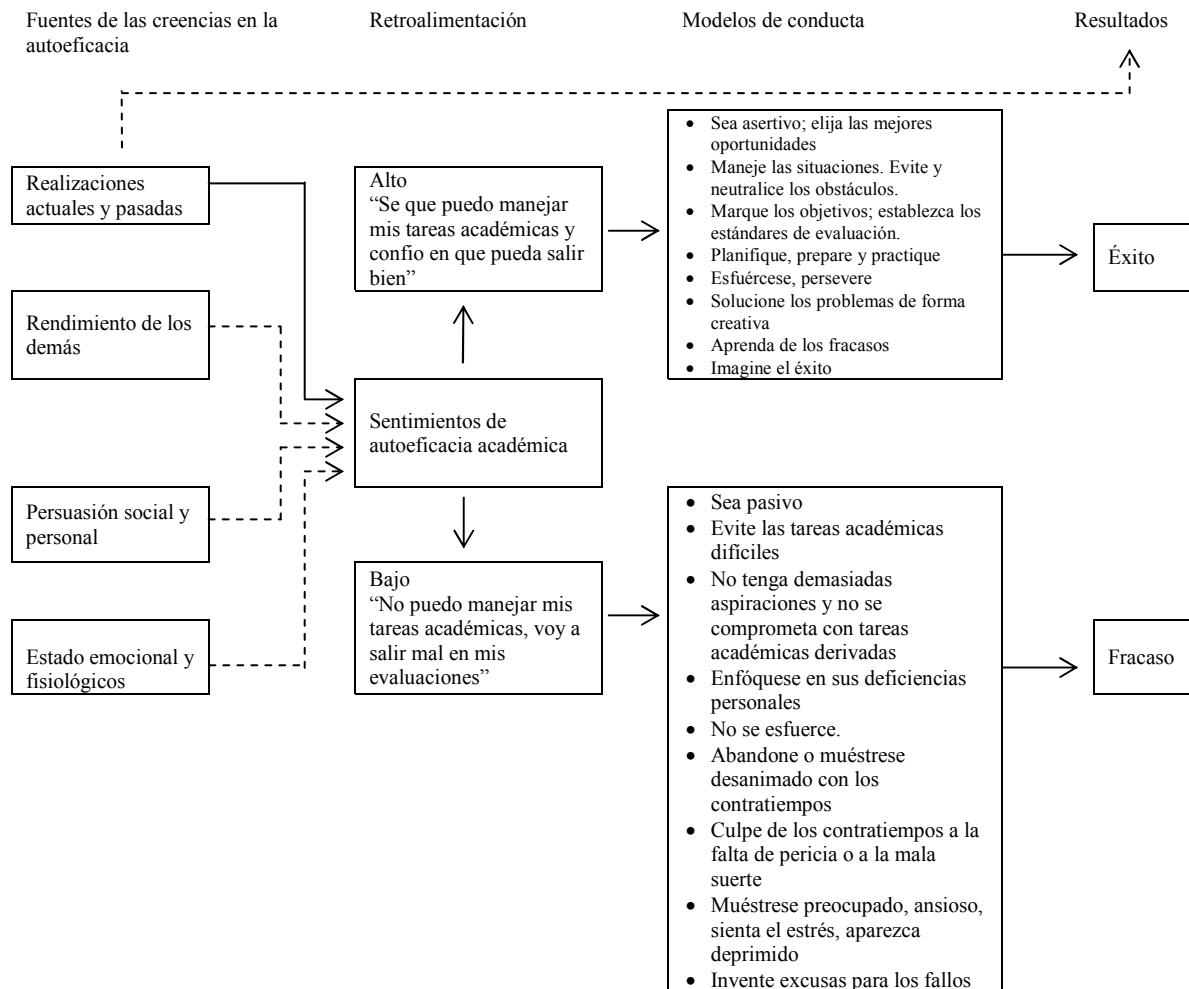
Como podemos observar en el Gráfico 9 sobre la aplicación de la autoeficacia en el aprovechamiento académico. Las sensaciones de eficacia tienen unos orígenes particulares. Estas fuentes son las realizaciones actuales y pasadas, rendimiento de los demás, persuasión social y personal, y los estados emocionales y fisiológicos. Como resultado de esta interacción si la persona desarrolla un alto sentido de

eficacia esto promoverá una conducta donde sea más asertiva y elija las mejores oportunidades, maneje las situaciones y evite neutralizarse ante los obstáculos. En adición, establecerá sus objetivos académicos, planificará, se preparará y practicará. Además, perseverará y se esforzará más, solucionará problemas en forma creativa, aprenderá de los fracasos y se imaginará el éxito en sus resultados.

Si sus sentimientos de eficacia son bajos, la persona permanecerá pasiva, evitará las tareas académicas difíciles, no se propondrá objetivos, ni tendrá aspiraciones y no se comprometerá con sus tareas académicas. Además, se centrará en sus deficiencias personales, no se esforzará, se mostrará desanimado con los contratiempos y culpará a su falta de pericia o a su mala suerte, se mostrará preocupado, ansioso y deprimido e inventará excusas para sus fallos. El resultado probable será el fracaso.

## Gráfico 9

# Aplicación de la Autoeficacia en el Aprovechamiento Académico según Bandura



Fuentes: Adaptado de Albert Bandura, “Regulation of Cognitive Process through Perceived Self-Efficacy”, *Developmental Psychology*, septiembre 1989, págs. 729-735; Robert Wood y Albert Bandura, “Social Cognitive Theory of Organizational Management”, *Academy of Management Review*, Julio 1989, págs. 361-384, y Robert Kreitner y Angelo Kinicki, *Organizational Behavior* (Homewood, Ill.: Richard D. Irwin, 1992), pág.90.

Esta investigación reviste de importancia, ya que existe poca evidencia empírica sobre la participación de la depresión y su influencia en el aprovechamiento académico y la autoeficacia percibida. Se espera que los resultados obtenidos puedan contribuir en el desarrollo

de estrategias de manejo de los estados emocionales y aumentar el aprovechamiento académico.

Las instituciones académicas al identificar las variables importantes y efectivas que se relacionan adecuadamente con el aprovechamiento académico, disminuirán la posibilidad de fracasos y aumentará la retención en las universidades. De igual forma resulta interesante conocer cómo los/as estudiantes valoran sus cogniciones y sus conductas dirigidas hacia el logro. Estas destrezas le permiten evaluar sus capacidades para organizar y ejecutar cursos de acción que conducen a los tipos de ejecuciones educativas designadas.

Los hallazgos de esta investigación pueden contribuir a fomentar mayores estrategias para desarrollar motivación, logro y autorregulación académica. Esto redundará en identificar las causas de la eficacia académica percibida por los/as estudiantes en diferentes procesos del funcionamiento académico.

## 5.2. Objetivos del estudio empírico

El presente trabajo pretende realizar un estudio correlacional de las variables cognitivas, psicosociales y sociodemográficas implicadas en el aprovechamiento académico.

El objetivo central es buscar precisiones sobre las influencias de algunas variables cognitivas en el rendimiento académico de los estudiantes universitarios.



Los objetivos específicos son:

- Estudiar posibles correlaciones entre el aprovechamiento académico y la autoeficacia.
- Analizar las posibles correlaciones entre el aprovechamiento académico y la autoeficacia.
- Conocer las posibles relaciones entre autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.
- Describir las relaciones entre las variables sociodemográficas y académicas, tales como edad y años de estudios en la universidad, cantidad de créditos aprobados, nivel académico y promedio académico.

### 5.3. Hipótesis

Esta investigación se guía por el objetivo de buscar precisiones sobre las influencias de algunas variables cognitivas en el aprovechamiento académico de los estudiantes universitarios.

En Puerto Rico, el aprovechamiento académico es un constructo que integra los conceptos de calificaciones y notas. Ambos se han utilizado para referirse a símbolo numérico o alfabético, que se emplean para indicar la apreciación o el estimado que se hace de la calidad del trabajo o del aprovechamiento de un estudiante. Este aprovechamiento académico representa el índice académico que cada estudiante presenta en su historial académico completo (González

Pérez, 1990). A través del proceso de adjudicar notas o calificaciones, las instituciones académicas evalúan y registran los cambios ocurridos en el aprendizaje de los estudiantes. Este proceso se utiliza para que los profesores y maestros provean retroalimentación a los estudiantes e informen a sus instituciones sobre el aprovechamiento o rendimiento académico de los estudiantes que están adscritos a esa comunidad educativa.

La autoeficacia influye claramente en la forma de sentir, pensar y actuar de los individuos. En términos de sentimiento, una baja sensación de autoeficacia viene asociada a depresión, ansiedad e indefensión. En relación al pensamiento, una alta percepción de competencia facilita los procesos cognitivos así como el rendimiento académico. La conducta es preparada mentalmente a través de la anticipación de sucesos positivos o negativos en función de los niveles de autoeficacia. (Baessler y Schwarzer, 1996; Bandura, 1999). En consecuencia, el esfuerzo por el control de nuestro entorno afecta casi todas las acciones de las personas ya que les permite obtener beneficios sociales y personales y consecuentemente éxito.

La forma de enfrentarse a los acontecimientos de las personas con un nivel de aprovechamiento académico alto se basa en la creencia de que podrían superar sus adversidades. Esta convicción está relacionada con la percepción de sus capacidades y en consecuencia

con su sentido de autoeficacia. Sin embargo, los problemas emocionales, tienen un impacto negativo en el desarrollo académico, ya que las personas deprimidas por lo general experimentan dificultad en el control de sus pensamientos disfóricos. Estos contribuyen a desarrollar ideas de aspiraciones insatisfechas, maximización de los fracasos académicos, pasividad al realizar sus tareas académicas, aislamiento, evitación de situaciones difíciles y poco compromiso con sus metas académicas.

A partir de estas premisas se han planteado las siguientes hipótesis de trabajo:

- *Existe una correlación positiva entre el nivel de aprovechamiento académico y la percepción de autoeficacia.*
- *Existe una correlación negativa entre el nivel de aprovechamiento académico y el nivel de depresión.*
- *Existe una correlación negativa entre estos dos constructos: nivel de depresión y percepción de autoeficacia.*
- *Mientras mayor sea el nivel de autoeficacia académica, mayor será su desempeño académico, siempre que no esté presente un deterioro en su salud mental (depresión).*
- *Existe una diferencia estadística significativa por Nivel de Clasificación Académica en los estudiantes universitarios con*

*relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y nivel de aprovechamiento académico.*

- *Existen diferencias estadísticas significativas entre estudiantes universitarios masculinos y féminas con relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.*

#### 5.4 Participantes

Para la realización del presente estudio se obtuvo una muestra de 320 personas. Dicha muestra estuvo formada por 232 mujeres y 88 hombres de 18 años en adelante. La edad promedio fue de 23.7 años. En su mayoría eran solteros/as y estaban clasificados/as como subgraduados.

#### 5.5 Procedimiento

Para identificar a los/as participantes del estudio el investigador solicitó al Registrador del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, la cantidad de estudiantes matriculados, cantidad de secciones de las facultades de Administración de Empresas, Ciencias, Ciencias Sociales, Educación y Humanidades. Se procedió a sacar la cantidad de estudiantes necesarios para realizar el estudio. Se realizó un muestreo por conglomerado con el número de secciones matriculadas con su respectiva cantidad de estudiantes en cada una de las facultades seleccionadas. El criterio de selección fue estar

matriculados en el Recinto de Río Piedras al momento de la administración del instrumento.

Una vez solicitada y obtenida la autorización institucional, el investigador procedió visitar a cada uno de los profesores de las secciones seleccionadas. Se les solicitó su autorización para que los estudiantes participen en la investigación. A los profesores que aceptaron y para evitar cualquier coerción por parte del profesor del curso, se le solicitó estar a solas con los/as estudiantes en el salón. En el contacto inicial con los posibles participantes del estudio se les entregó una carta de presentación donde se les detalló de una manera sencilla el interés y los motivos por parte del investigador para realizar este estudio.

El investigador estuvo a cargo de explicar el protocolo de la investigación a los/as participantes del estudio. Se les indicó que el estudio a llevar a cabo intenta conocer el rol de autoeficacia, y la depresión y en el rendimiento académico en estudiantes universitarios. Se les explicó a los estudiantes cómo fueron seleccionados para participar en esta investigación y que su participación consistirá en contestar un cuestionario o preguntas que le tomará aproximadamente cinco a diez minutos. Se le indicó a cada participante que podía contestar las preguntas que así desee. Además, se le indicó que la información que proveerán sería mantenida bajo estricta

confidencialidad y el nombre del/la participante no será utilizado.

Además, ellos/as tendrían el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento. Se les indicó que el estudio no conllevaba ningún riesgo para ellos/as, ni recibiría ningún beneficio o compensación por participar.

Para verificar que los/as participantes del estudio comprendieron adecuadamente el protocolo de investigación, el investigador en todo momento estuvo presente para aclarar dudas o interrogantes que pudieran surgir en el proceso. Se les explicó que su participación en el estudio era voluntaria y, de desearlo, en cualquier momento del proceso el/a participante puede retirarse del estudio sin ninguna penalización. Se le informó a cada uno de los(as) participantes que existe un riesgo mínimo de incomodidad al participar y se tendrá la ayuda profesional capacitada para intervenir ante cualquier situación imprevista. Además, se garantizaría la protección de sus derechos y se aseguraría cualquier materia e información personal que pueda violentar su privacidad y confidencialidad ante la participación en el estudio. Para confirmar que la información brindada fue comprendida se les solicitó a los participantes que en sus propias palabras expliquen los propósitos del estudio. A los que aceptaban participar en la investigación se les solicitó que cumplimentaran la hoja de consentimiento informado y el instrumento de recopilación de datos de

acuerdo a las normas del Comité de Protección de Sujetos Humanos de la institución. Una vez firmado el consentimiento informado por el/la participante se le entregó al investigador, quien lo guardó en un sobre separado de los instrumentos. Luego se les entregó el instrumento de recopilación de datos para que lo cumplimenten. El investigador fue la única persona autorizada para obtener la hoja de consentimiento y el instrumento.

Esta investigación auscultó y verificó los riesgos existentes dentro del estudio que podrían ocurrir durante este proceso. Se ha encontrado que esos riesgos eran mínimos, ya que se entiende que ni el tema, ni los reactivos del instrumento incluyeron datos sensitivos, ni conflictivos, ni detalle íntimo o comprometedor sobre los/as participantes estudiados/as. Además, se solicitó una dispensa a la oficina para la Protección de sujetos humanos, si el estudiante era menor de 18 años, para que autoricen su participación en la investigación, sin la necesidad de la firma de sus padres. Para los/as participantes que presentaran algún tipo de discapacidad de visión o escritura había disponible asistencia para que pudieran completar el instrumento.

Las medidas de seguridad a tomar en el transcurso del estudio por parte del investigador se basaron en crear en todo momento un ambiente de confianza, armonía, respeto y dignidad en las diferentes

interacciones con los/as participantes. Se les indicó que su participación es voluntaria y que podrían terminar su participación antes de completar el instrumento, de así desearlo. No se observaron incomodidades de los(as) participantes ante los reactivos en el proceso de recopilación de datos. Si esta situación se percibía, el entrevistador procedería a terminar el proceso de recopilación con ese/a participante.

De ocurrir cualquier incidente durante el proceso del estudio con algún/a participante, se coordinaría con el Departamento de Consejería para el Desarrollo Estudiantil, Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico.

El investigador en todo momento protegió la privacidad de los/as participantes. En las etapas de contacto inicial y reclutamiento sólo el investigador tuvo acceso a información privilegiada de los/as participantes. La información que pudiera identificar algún/a participante fue guardada en un archivo con llave. Estos datos serán almacenados por un período de cinco años una vez concluya este estudio. Luego se procederá a destruirlo en una trituradora de papel. La información electrónica se guardara en un archivo codificado con una palabra clave a la que sólo el investigador la pueda acceder.

Al finalizar el estudio, los resultados de la investigación estarán disponibles para el público y a los/as participantes en la Universidad de



Puerto Rico, Recinto de Río Piedras como forma de garantizar que se haga pública la investigación.

## 5.6 Instrumentos

Se aplicó una batería de cuestionarios autocompletados y tuvo una duración aproximada de cinco a diez minutos. La batería se compone de cuatro cuestionarios relacionados con las variables estudiadas: nivel de autoeficacia percibida, nivel de depresión y datos sociodemográficos. (Ver Anejo 1).

### 5.6.1 Escala de Autoeficacia General

La Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996) consta de 10 ítems con una escala Likert de respuesta de 4 opciones (1= incorrecto, 2= apenas cierto, 3= más bien cierto, 4= cierto). Por lo tanto las puntuaciones pueden oscilar entre 10 y 40 puntos. El coeficiente de consistencia interna, estimado por el coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Crombach es de .81. Para la validez el cuestionario fue relacionado con medidas específicas de depresión (Zerssen, 1976), una subescala de 4 ítems del State-Trait Anxiety Inventory (Spielberger, 1983) y el optimismo con el Life Orientation Test (Scheier y Carver, 1985). En la validación al español llevada a cabo con una muestra de estudiantes de la Universidad de Costa Rica ( $n= 943$ ) los resultados mostraron una correlación negativa entre autoeficacia y depresión  $-.42$  y ansiedad  $-.43$  y una correlación positiva entre autoeficacia y optimismo  $.57$ .

### 5.6.2 Escala Autoaplicada de la Depresión de Zung

Conde, Esteban & Useros (1976) y Bulvena Vilarrasa, Berrios & Fernandez de Larrinoa Palacios, (2000) señalan que la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), fue desarrollada por Zung en 1965. Esta es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica que da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo.

Esta es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con ocho ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

La persona cuantifica la frecuencia de los síntomas, no la intensidad, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide a la persona que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como "recientemente", en otras se hace referencia a "su situación actual", o a la semana previa.

En la propiedades psicométricas se ha observado que su índices de fiabilidad son buenos (índices de 0.70-0.80 en la fiabilidad dos mitades, el coeficiente alfa ( $\alpha$ ) de Cronbach entre 0.79 y 0.92). En cuanto a su validez, los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Esta escala informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Esta escala muestra un índice aceptable de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

#### 5.6.3 Planilla de Datos Sociodemográficos

Esta planilla fue desarrollada por el investigador. Esta consta de ocho (8) preguntas abiertas o cerradas que evaluarán los siguientes aspectos: Sexo, edad, estado civil, años de estudios universitarios, cantidad de créditos aprobados, nivel académicos, promedio académico acumulado, historial de consumo de drogas y alcohol, condición física y emocional, y pérdidas significativas recientes.

## CAPÍTULO 6

### RESULTADOS

El presente estudio tuvo como propósito principal analizar los distintos factores o aspectos psicosociales que influyen en el aprovechamiento académico de los estudiantes de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras matriculados en el momento de esta investigación. En este se analizan las características socio demográficas (edad, sexo, estado civil y nivel de clasificación académica) de los estudiantes seleccionados y las variables independientes (autoeficacia y nivel de depresión) y dependiente (aprovechamiento académico).

Los resultados obtenidos respondieron a los análisis de estadísticas descriptivas paramétricas como promedio y no paramétricas como frecuencias y porcentajes. Además se utilizaron estadísticas inferenciales como la Pruebas t, el Coeficiente de Correlación de Pearson y el Coeficiente de Regresión Múltiple. La Prueba t se utilizó para determinar las diferencias entre los estudiantes por Género y Nivel de Clasificación Académica con relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. El Coeficiente de Correlación de Pearson y el Coeficiente de Regresión Múltiple se utilizó para medir la dirección y fuerza en las correlaciones

de las variables nivel de percepción de autoeficacia, depresión, aprovechamiento académico, edad, cantidad de créditos y tiempo en la universidad. Estos análisis se llevaron a cabo utilizando el Paquete Estadístico para Ciencias Sociales para Windows (SPSS for Windows) Versión 16.0.

### *6.1 Características sociodemográficas*

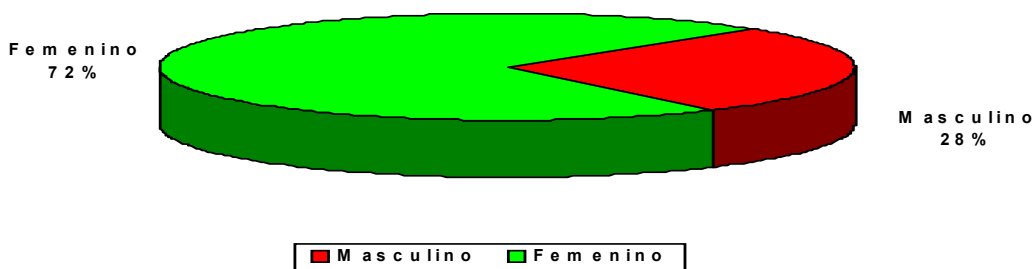
Con el fin de establecer un perfil de los participantes se indagó sobre las características sociodemográficas. Estas fueron las siguientes: género, edad, estado civil, nivel de clasificación en la universidad, años de estudios en la universidad, cantidad de créditos aprobados, nivel de aprovechamiento académico, consumo de drogas o alcohol y condición física actual. Además, se analizaron las variables nivel de percepción de autoeficacia, depresión y la hipótesis planteada en esta investigación.

#### *6.1.1 Género*

Con el propósito de describir el género de los estudiantes se les indicó a estos que identificaran su sexo. En el Grafico 10 se exponen los resultados de dicha característica.

Grafico 10

## Género



Al analizar los datos con respecto a la variable Género Sexual en los estudiantes se observó que un poco más de dos tercera parte (72.4%) del total de participantes eran del sexo femenino. Mientras que, un poco menos de una tercera parte (27.6%) pertenecían al sexo masculino.

## 6.1.2 Edad

Al analizar los datos con respecto a la edad, se encontró que los estudiantes tenían una edad promedio 23.7 años, con una dispersión de 6.25. La distribución de frecuencia observada al agrupar a los estudiantes por grupo de edad se encontró que el 84.6 por ciento de los estudiantes está entre el grupo de 18 a 23 años de edad.

Tabla 2

Distribución por grupos de edad

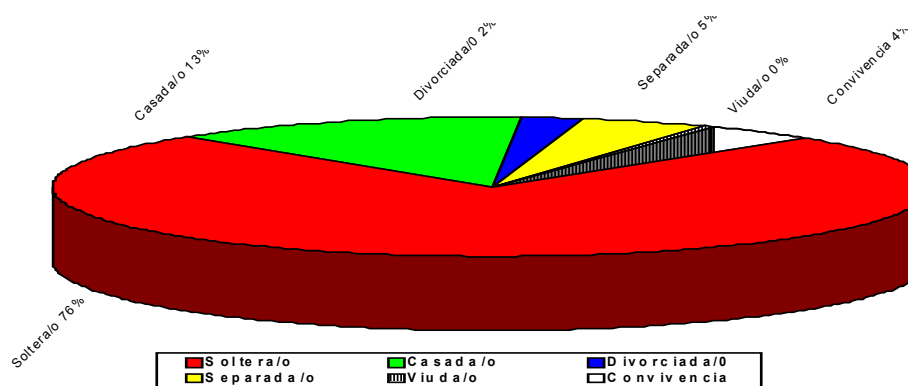
Grupos de Edades	Frecuencia	%
18-23	268	84.5
24-29	14	4.4
30-35	12	3.8
36-41	10	3.2
42-47	10	3.2
48-52	3	0.9
Total	317	100.0

### 6.1.3 Estado Civil

Con el propósito de evaluar el estado civil de las/os estudiantes que participaron en la investigación se le solicitó que indicaran cuál era su estado civil al momento de la entrevista. Estos datos se observan en el siguiente gráfico.

Gráfico 11

Estado civil de los/as participantes



Al examinar los datos respecto al estado civil de los estudiantes, estos revelaron que el 75.2 por ciento del total estaban solteros. El 13.4 por ciento están casados, el 4.8 por ciento separados, el 4.1 por ciento convivían, el 2.2 por ciento divorciados y el 0.3 por ciento estaba viudo.

El análisis de los datos reveló que de los estudiantes solteros, se observó una proporción muy similar en ambos sexos de 78.8 y 73.8 por ciento para los estudiantes masculinos y femeninas respectivamente. En los casados, se observó un 15.3 y 8.2 por ciento eran féminas y masculinos respectivamente.

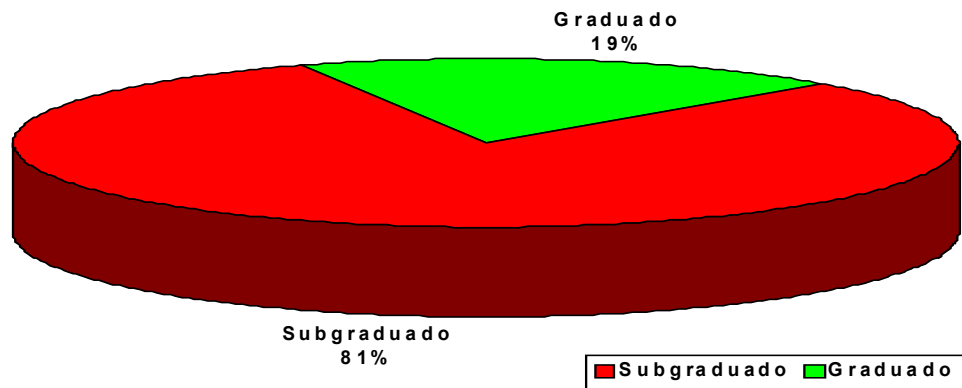
#### *6.1.4 Nivel de Clasificación Académica*

Con el propósito de describir el Nivel de Clasificación Académica al cual pertenecían los estudiantes se les preguntó su nivel de clasificación en la universidad, la cantidad de años de estudios en la universidad y la cantidad de créditos aprobados. El Gráfico 12 recoge las respuestas obtenidas.



### Gráfico 12

#### Nivel de Clasificación Académica



Al examinar los datos respecto al total de los estudiantes, estos revelaron que el 81.1 por ciento del total estaba estudiando a nivel subgraduado. Mientras que, 18.9 por ciento del total estudiaba a nivel graduado. Los estudiantes subgraduados señalaron que llevaban un promedio de 3.30 años estudiando con una desviación típica de 1.40. Además, el promedio de créditos aprobados era 68.7 y la desviación estándar era de 48.86. Por otro lado, los estudiantes graduados indicaron que llevaban un promedio de 4.64 años estudiando con una desviación típica de 2.42. Además, el promedio de créditos aprobados era 64.05 y la desviación típica era de 59.83. En cuanto a la distribución por sexo se observó que de los 227 participantes, 80.2 por ciento pertenecían al nivel subgraduados y 19.8 por ciento eran graduados. Mientras que el 83.5 por ciento de los varones estaban en

el nivel de subgraduado y el 19.8 por ciento estaban en el nivel graduado.

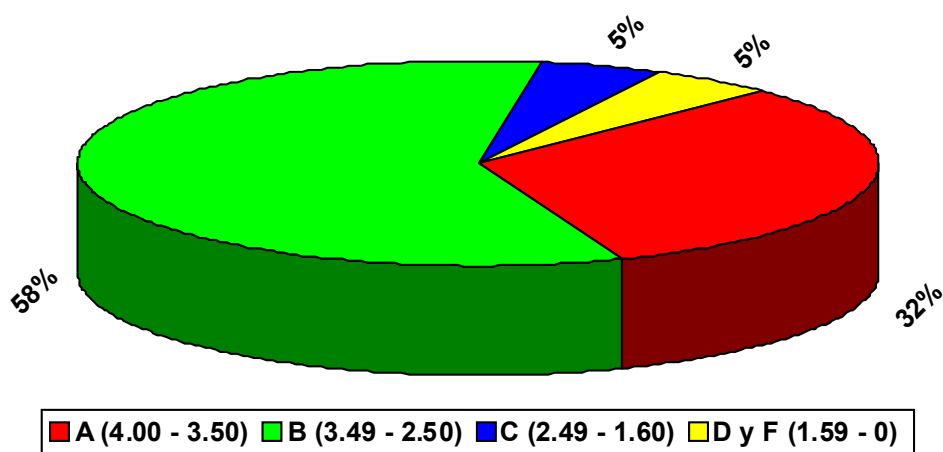
## 6.2 Variable Dependiente

### 6.2.1 Nivel de Aprovechamiento Académico

Con el propósito de describir el Nivel Aprovechamiento Académico que tenían los estudiantes se les solicitó que indicaran el promedio acumulado que tenían al momento de la entrevista. La media del nivel de aprovechamiento fue de 3.05 y la desviación estándar fue de 0.84. Estos datos se agruparon, para reflejar el sistema de calificación que proveen las universidades a sus estudiantes. Estos datos se observan en el siguiente gráfico.

*Gráfico 13*

*Nivel de Aprovechamiento Académico*



El análisis de los datos agrupados por notas reveló que el 58 por ciento de los estudiantes tenían una calificación de B. Mientras que el 31.7 por ciento que tenían A y el cinco (5) por ciento de C, D o F respectivamente.

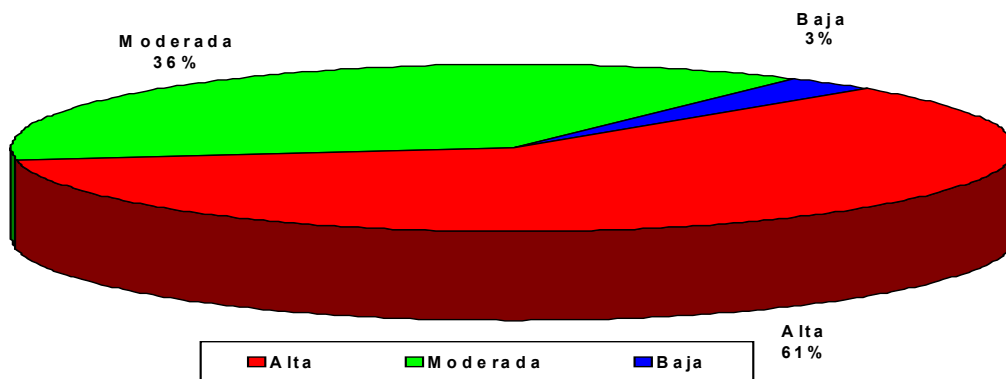
### 6.3 Variables Independientes

#### 6.3.1 Nivel de Percepción de Autoeficacia

Para medir el Nivel de Autoeficacia se les pidió a los participantes que contestaran la Escala General de Autoeficacia. Esta escala fue agrupada para establecer los siguientes valores. En la categoría de Bajo, se incluyeron los resultados de las personas que obtuvieron 20 puntos o menos. En la categoría de Moderado, se incluyeron las puntuaciones entre 21 y 31. En la categoría de Alto se incluyeron las puntuaciones mayores que 31. Estos resultados se observan en el siguiente gráfico.

Gráfico 14

Nivel de Percepción de Autoeficacia



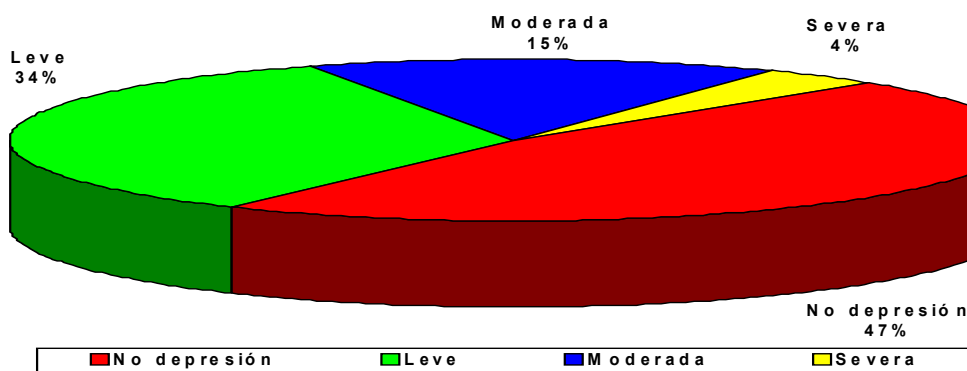
El análisis de los datos reveló que 60.6 por ciento de los estudiantes tenía una percepción sobre su autoeficacia alta. El 36.3 por ciento presentó un percepción de autoeficacia moderada. Sin embargo, el 3.2 por ciento percibió que su autoeficacia era baja.

### 6.3.2 Nivel de Depresión

Para medir el Nivel de Depresión se les pidió a los participantes que contestaran una Escala Autoevaluativa para la Depresión. Esta escala fue agrupada para establecer los siguientes valores. En la categoría de Sin depresión, se incluyeron los resultados de las personas que obtuvieron 40 puntos o menos. En la categoría de Leve, se incluyeron las puntuaciones entre 41 y 47. En la categoría de Moderada, se incluyeron las puntuaciones entre 48 y 55. En la categoría de Severa se incluyeron las puntuaciones mayores que 55. Estos datos se observan en el Gráfico 15.

*Gráfico 15*

### *Nivel de Depresión*



El análisis de los datos reveló que el 46.9 por ciento de los estudiantes presentó unos niveles considerados sin síntomas depresivos en su estado de ánimo. El 34.1 por ciento indicó tener síntomas leves; seguidos por el 15.3 por ciento moderado y el 3.8 por ciento presentó síntomas considerados como graves.

A los participantes se les preguntó si tenían historial de algún problema físico, emocional o si habían perdido algún familiar o persona significativa. El 82.4 por ciento indicó que no tenían problemas físico. Del 17.6 por ciento que presentaron alguna condición de salud, se identificaron nueve personas que presentaron algunas condiciones que pueden influir en los estados de ánimo. De estos, hubo cinco estudiantes con problemas de depresión leve que tenían tiroidismo, endometriosis, discos herniados y problemas cardiacos. Dos estudiantes que presentaron síntomas moderados, identificaron tener dolores de espalda y problemas cardiacos. Por último, solo una persona a la que se le observaron síntomas graves identificó tener problemas cardiacos.

En cuanto a las condiciones emocionales, el 84.6 por ciento señaló no tener historial de tener alguna condición emocional. Sin embargo, se identificaron 27 personas con problemas emocionales. En los datos se encontró que a 12 personas se les identificaron con síntomas leves. De éstos, una tenía historial de ansiedad y once

historial de depresión. De las nueve personas que presentaron síntomas moderados, dos tenían historial de ansiedad y depresión y siete tenían historial de depresión. Por último, de las cinco personas que se identificaron con síntomas graves, estos tenían historial de depresión.

Al explorar sobre sus pérdidas, el 52.5 por ciento indicó que han tenido alguna pérdida reciente. De estos, 12 personas que presentaron síntomas leves de depresión, sus pérdidas tenían una duración entre dos semanas y un año. De los seis que presentaron síntomas moderados, sus pérdidas tenían una duración entre una semana y un año. Sólo una persona con síntomas graves señaló que tuvo una pérdida hace un mes.

Para evaluar y analizar las diferencias entre los/as estudiantes con y sin síntomas depresivos se agruparon los datos de la siguiente manera. El grupo sin síntomas depresivos agrupaba a los estudiantes cuyas puntuaciones en la escala autoaplicada de la depresión era de 40 o menos. Mientras que el grupo con síntomas depresivos agrupó las puntuaciones de 41 o más.

El análisis de los datos reveló que el 78.7 por ciento de los/as estudiantes sin síntomas depresivos tenían un nivel de percepción de autoeficacia alto mientras que, en los estudiantes con síntomas depresivos el 49.7 por ciento tenían un nivel moderado en su

percepción de autoeficacia. En términos académicos, se encontró que los/as estudiantes sin síntomas depresivos tenían una media aritmética de 3.28, con una desviación estándar de 0.49. Mientras que los/as estudiantes con síntomas depresivos tenían una media aritmética de 3.16, con una desviación estándar de 0.48.

Los datos revelaron que el 47.7 por ciento de los estudiantes identificados sin síntomas depresivos y con una percepción de autoeficacia alta, obtuvo una B en sus calificaciones o notas y el 41.3 por ciento obtuvo A. El 64.3 por ciento de los/as estudiantes que presentaron síntomas depresivos, obtuvieron calificaciones o notas de B y el 27.1 por ciento eran A. Sin embargo, hay que destacar que los/as estudiantes sin síntomas depresivos, no presentaron niveles bajos de percepción de autoeficacia. Esto no ocurrió en los/as estudiantes que si presentaron síntomas depresivos.

#### 6.4 Análisis de Hipótesis

Esta investigación se realizó con el objetivo de buscar precisiones sobre las influencias de algunas variables cognitivas en el aprovechamiento académico de los estudiantes universitarios. Para esto, se elaboraron seis hipótesis de trabajo.

Para analizar la relación entre las variables Aprovechamiento Académico, Nivel de Percepción de Autoeficacia, Nivel de Depresión y algunas variables sociodemográficas se utilizó el Coeficiente de

Correlación de Pearson con el propósito de medir la magnitud y dirección de las relaciones de las variables. Estos datos se observan en la tabla que sigue a continuación.

Tabla 3

Correlaciones de las variables autoeficacia, depresión, aprovechamiento académico, edad, tiempo en la universidad y cantidad de créditos

	Autoeficacia	Depresión	Aprov. Acad	Edad	Cant. Cred
Nivel de Depresión	**-.408 0.000				
Aprov. Académico	*.118 0.040	-.049 0.397			
Edad	*.114 0.042	-.102 0.069	-.013 0.823		
Cant. Créditos	*.139 0.018	**-.171 0.004	** .219 0.000	.061 0.304	
Años en Universidad	** .176 0.002	*-.142 0.012	** .252 0.000	** .402 0.000	** .403 0.000
Nivel de Significación	* 0.05	** 0.01			

6.4.1 Hipótesis 1: *Existe una correlación positiva entre el nivel de aprovechamiento académico y una percepción de autoeficacia.*

El análisis de los datos reveló que existe una correlación positiva, directa y significativa entre las variables nivel de percepción de autoeficacia y el aprovechamiento académico, ya que el Coeficiente de Correlación de Pearson obtenido fue de  $r=0.118$  con una  $p=.040$ .

6.4.2 Hipótesis 2: *Existe una correlación negativa entre el nivel de aprovechamiento académico y el nivel de depresión.*



El análisis de los datos reveló que no existe una correlación significativa entre las variables nivel de depresión y el aprovechamiento académico, ya que el Coeficiente de Correlación de Pearson obtenido fue de  $r=-0.049$  con una  $p=.397$

6.4.3 Hipótesis 3: *Existe una correlación negativa entre estos dos constructos: nivel de depresión y percepción de autoeficacia.*

El análisis de los datos reveló que existe una correlación negativa y significativa entre las variables nivel de percepción de autoeficacia y el nivel de depresión, ya que el Coeficiente de Correlación de Pearson obtenido fue de  $r=-0.408$  con una  $p=.000$ .

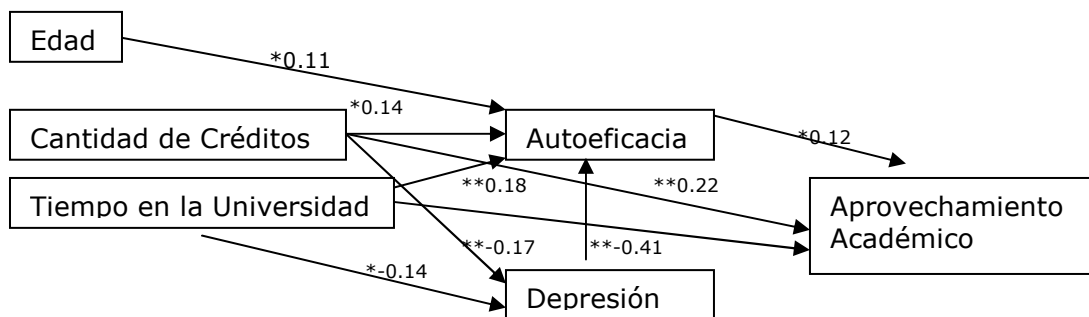
Para analizar la dirección entre las variables nivel de percepción de autoeficacia y depresión, se observó que el Coeficiente de Regresión fue  $R=0.408$ , con una  $R^2=0.167$ . Esto implica que existe una relación directa entre la variable dependiente nivel de depresión y la variable independiente nivel de percepción de autoeficacia. Además, el 16.7 por ciento del cambio en el nivel de depresión, se le puede atribuir a la variación de la percepción de la autoeficacia. Esto puede sugerir que la percepción de autoeficacia es un factor protector de la depresión.

6.4.4 Hipótesis 4: *Mientras mayor sea el nivel de autoeficacia académica, mayor será su desempeño académico, siempre que no esté presente un deterioro en su salud mental (depresión).*

El análisis de los datos reveló que existe una correlación significativa entre las variables endógenas (nivel de percepción de autoeficacia, nivel de aprovechamiento académico y el nivel de depresión) y las variables exógenas (edad, cantidad de créditos y tiempo en la universidad), ya que el Coeficiente de Regresión Múltiple obtenido fue de  $R=0.284$ , con una  $F=4.796$ , nivel de significación de  $p>.05$ .

Gráfico 16

#### Modelo de Correlación Múltiples



En este modelo se observa una influencia de las variables independientes exógenas (edad, cantidad de créditos y tiempo en la universidad) y endógenas (percepción de autoeficacia y depresión) en el nivel de aprovechamiento académico. En este se refleja que la variable dependiente, aprovechamiento académico, está directa y positivamente influenciada por el nivel de percepción de autoeficacia, la cantidad de créditos y el tiempo que lleva

estudiando en la universidad. Mientras que está negativa, pero no significativamente influenciada por el nivel de depresión.

En resumen, cabe destacar que en mayor o menor grado el nivel de percepción de autoeficacia, la cantidad de créditos y el tiempo en la universidad incide directa, positiva y significativamente en el nivel de aprovechamiento académico, pero de modo todavía más significativo la salud mental (nivel de depresión) incide en el nivel de percepción de autoeficacia. Por otro lado, las variables exógenas (edad, cantidad de créditos y tiempo en la universidad) parecen tener una incidencia significativa en las variables endógenas (nivel de percepción de autoeficacia, nivel de depresión y nivel de aprovechamiento académico).

6.4.5 Hipótesis 5: *Existe una diferencia estadística significativa por Nivel de Clasificación Académica en los estudiantes universitarios con relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y nivel de aprovechamiento académico.*

A evaluar las diferencias entre los estudiantes graduados y subgraduados se realizaron comparaciones de las medias observadas en las variables nivel de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. Estos datos se observan en la tabla siguiente.

*Tabla 4*

*Comparación de Medias del Nivel de Percepción de Autoeficacia, Depresión y Aprovechamiento Académico en lo Estudiantes de Universitarios Graduados y Subgraduados.*

Nivel Académico	Nivel Autoeficacia			Nivel de Depresión			Aprov. Académico		
	Media	N	D.E.	Media	N	D.E.	Media	N	D.E.
Graduados	34.19	59	6.06	39.53	59	8.55	3.60	46	0.39
Subgraduado	31.41	253	3.89	41.85	253	7.65	3.14	238	0.46
Total	31.94	312	5.81	41.41	312	7.87	3.21	284	0.48
Prueba T	:-3.36**df=310 .001			t=2.05* df=310 .040			t=-6.26** df=282 .000		
Nivel de Significancia		* 0.05		** 0.01					

El análisis de los datos respecto al nivel de percepción de autoeficacia reveló que la media de los estudiantes graduados fue 34.19, con una desviación estándar de 6.06. Mientras que, la media de los estudiantes subgraduados fue 31.41. La Prueba t obtenida fue  $t=-3.36$ ,  $p=.000$ .

En cuanto al nivel de depresión se observó que la media en los estudiantes graduados fue 39.53, con una desviación estándar de 8.55. Mientras que, en los estudiantes subgraduados fue 41.85, con una desviación estándar de 7.65. La Prueba t obtenida fue  $t=2.05$ ,  $p=.040$ .

Al analizar los datos del nivel de aprovechamiento académico se observó que la media de los estudiantes graduados fue 3.60 y la desviación estándar 0.39. Mientras, que en los estudiantes

subgraduados fue 3.21, con una desviación estándar de 0.48. La Prueba T obtenida fue  $t=-6.26$ ,  $p=.000$ .

Esta hipótesis se acepta, ya que se observaron diferencias estadísticas significativas entre los estudiantes graduados y subgraduados con relación a las variables nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.

6.4.6 Hipótesis 6: *Existen diferencias estadísticas significativas entre estudiantes universitarios masculinos y féminas con relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.*

Al evaluar las diferencias entre los estudiantes masculinos y féminas se realizaron comparaciones de las medias observadas en las variables nivel de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. Estos datos se observan en la tabla siguiente.

*Tabla 5*

*Comparación de Medias del Nivel de Percepción de Autoeficacia, Depresión y Aprovechamiento Académico en lo Estudiantes de Universitarios Masculinos y Fémimas*

Nivel Académico	Nivel Autoeficacia			Nivel de Depresión			Aprov. Académico		
	Media	N	D.E.	Media	N	D.E.	Media	N	D.E.
Másculinos	31.73	88	6.49	39.53	59	8.55	3.22	81	0.51
Féminas	31.90	231	5.70	41.67	231	8.00	3.21	207	0.48
Total	31.85	319	5.92	41.34	319	7.88	3.21	288	0.49
Prueba T	t=-0.233 df=317 .816			t=1.22 df=317 .223			t=-.177 df=286 .859		
Nivel de Significancia		* 0.05			** 0.01				

El análisis de los datos respecto al nivel de percepción de autoeficacia reveló que la media de los estudiantes varones fue 31.72, con una desviación estándar de 6.49. Mientras que, la media de las estudiantes femeninas fue 31.90, con una desviación estándar de 5.70. La Prueba t obtenida fue  $t=0.233$ ,  $p=0.816$ .

En cuanto al nivel de depresión se observó que la media en los estudiantes masculinos fue 40.47, con una desviación estándar de 7.53. Mientras que, en las estudiantes féminas fue 41.67, con una desviación estándar de 8.00. La Prueba t obtenida fue  $t=1.21$ ,  $p=0.223$ .

Al analizar los datos del nivel de aprovechamiento académico se observó que la media de los estudiantes masculinos fue 3.22 y la desviación estándar 0.51. Mientras, que en las estudiantes femeninas

fue 3.21, con una desviación estándar de 0.48. La Prueba t obtenida fue  $t=-.177$ ,  $p=0.859$ .

Esta hipótesis se rechaza, ya que no se observaron diferencias estadísticas significativas entre los estudiantes varones y hembras con relación a las variables nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.

En resumen, se pudo observar en las características sociodemográficas de los participantes en esta investigación que la mayoría de los estudiantes entrevistados eran del sexo femenino con una edad promedio de 23.7 años; pertenecían al nivel subgraduado; en su mayoría presentaron síntomas depresivos, un nivel de autoeficacia alta y un nivel de aprovechamiento académico entre 2.5 y 3.49.

En cuanto al análisis de las hipótesis planteadas, los resultados señalaron que existe una relación significativa entre el nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. Se observó además, que existen diferencias significativas entre los estudiantes graduados y subgraduados con relación a las variables el nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. Sin embargo, no se observó diferencias significativas entre los estudiantes varones y hembras con relación a estas mismas variables.

## CAPÍTULO 7

### DISCUSIÓN

Se pretende que del análisis emerjan las implicaciones de los resultados. Esta investigación tuvo como propósito principal analizar los distintos factores psicosociales que contribuyen en el desempeño académico y evaluar la relación entre la autoeficacia percibida, nivel de depresión y el aprovechamiento académico en estudiantes universitarios.

Se diseñó un estudio correlacional tomando en consideración las situaciones académica que presentan los estudiantes durante su transcurso en la universidad. Se identificaron a 320 estudiantes dentro de las facultades de Administración de Empresas, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Educación y Humanidades del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico. A estos se les sometió a una evaluación mediante la aplicación del instrumento de recopilación de datos.

#### 7.1 Preguntas de Investigación

7.1.1 ¿Cuáles son las características demográficas de la población estudiada?

El 72.4 por ciento de la población de estudiantes estudiadas pertenecían al sexo femenino y su estado civil dominante era



solteros/as (76%). Este dato guarda relación con el hecho de que la población mayor de estudiantes del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico pertenecen al sexo femenino (Bueno, 2005).

La edad media de la población estudiada era 23.7 y el 84.6 por ciento de los participantes estaba en el renglón de 18 a 23 años de edad. Estos datos concuerdan con la información de la población general que se encuentra entre las edades de 18 a 24 años (CES, 2004).

7.1.2 ¿Cuáles son las características académicas de los/as estudiantes universitarios?

El 81 por ciento de los/as estudiantes estaban en un nivel de clasificación académica de subgraduados. Estos datos son congruentes con las estadísticas del Consejo de Educación Superior (2004), quienes señalaron que anualmente se gradúan en el nivel subgraduado cerca del 81 por ciento y a nivel graduado 19 por ciento.

El 58 por ciento tenían una calificación de B y tenían 3.3 años estudiando en la universidad. Además, llevaban 69 créditos universitarios aprobados. Esta información concuerda con el planteamiento de De Jesús Tirado (1988) quien señaló que en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras se registra el desempeño académico de sus estudiantes utilizando sistema de

calificaciones de acuerdo a la escala básica, donde A es Sobresaliente, B es Bueno, C es Satisfactorio, D es Aprovechado pero deficiente y F es Fracaso. Además, González Pérez (1990) indicó que este índice académico se utiliza en el historial académico completo de cada estudiante.

Los autores Medina y Verdejo (2000), Thorndike y Hagen (1955) y Ebel (1972) y Airasian (1997) señalaron que las notas contribuyen a la motivación a través de las expectativas de éxitos y fracasos en las actividades diarias del salón de clases. Estas notas proveen al estudiante una retroalimentación sobre su desempeño y en el proceso de consejería, ayuda al estudiante sobre la selección de cursos, carreras y otros servicios educativos.

Por último, de acuerdo al enfoque normativo, la asignación de notas se hace comparando el aprovechamiento del estudiante con otros en un grupo. Así, la nota de cada estudiante indica como el estudiante realizó su trabajo académico en relación con otros estudiantes de su grupo. Algunos autores, tales como, Medina y Verdejo (2000) no concuerdan en la utilización de este enfoque, ya que este tipo de comparación fomenta la competitividad y reduce la cooperación entre los estudiantes. En adicción, Ebel (1972), McMillan (1997) y Nitko (1996) recomiendan el asignar mayor peso a los componentes de la evaluación que tienen mayor confiabilidad. Esto

reduciría la cantidad de errores que pueda incluirse en la nota final, ya que en el sistema actual, el peso de cada componente en la nota final es un juicio que establece cada maestro.

### 7.1.3 ¿Cuál es el nivel de depresión en una muestra de estudiantes universitarios?

El 46.9 por ciento de los/as estudiantes participantes en la investigación no presentaron síntomas depresivos. Sin embargo si agrupamos las categorías de leves a graves, se observa que el 53.2 por ciento tienen síntomas considerados como depresivos. Estos datos concuerdan con los señalamientos de Torres (1997) en un estudio sobre la depresión en estudiantes universitarios, cuyas edades fluctuaban entre 18 a 42, encontró que un 77.5 por ciento tenían rasgos depresivos. Además, estos datos son congruentes con los señalamientos de Jefferson y Greist (1997) quienes señalaron que de un 10 a un 25 por ciento de la población estadounidense sufre algún tipo de depresión. En Puerto Rico, varios autores han estimado que la tasa de enfermedades mentales severas en la población adulta en Puerto Rico el de 8.3%, o sea 225,470 adultos (Censo, 2000; Alegría, et al, 2000 y Rivera, et al., 2005).

Por último, los autores, Krames, O' Brien & Vrendenburg (1993), apoyan los datos observados, ya que la media del "Beck Depression Inventory" para los 35 individuos deprimidos fue de 14.29 y la media

de los 39 individuos no deprimidos fue de 3.44. El análisis y examen de los estudiantes deprimidos reveló que éstos estaban más propensos que los estudiantes no deprimidos a creer que sus depresiones eran generalmente más severas, más frecuentes y diferentes a las depresiones experimentadas por otros. A su vez, estos estudiantes informaron que la intensidad y frecuencia de sus depresiones habían aumentado desde el período antes de comenzar la universidad hasta el momento del estudio. El estudio señaló que la depresión en los estudiantes universitarios no está exclusivamente relacionada con una personalidad depresiva o con la experiencia de eventos únicos a la vida universitaria, sino que ambos factores están relacionados.

7.1.4 ¿Acaso un deterioro en el estado de salud mental inhibirá el sentido de percepción de autoeficacia y por ende tendrá un impacto significativo en su desempeño académico?

En la población estudiada se observó que existen múltiples variables que contribuyen con el desempeño académico de los/as estudiantes. Entre las más significativas se encuentran, la percepción de autoeficacia, la cantidad de créditos y el tiempo que llevan en la universidad, ya que inciden directa y positivamente. Mientras que el nivel de depresión y la edad inciden indirectamente sobre el desempeño académico de los/as estudiantes.

En esta investigación, cuando se comparó el desempeño

académico y el nivel de depresión se encontró que los/as estudiantes sin síntomas de depresión presentaron una diferencia en las medias, la cual fue significativa a nivel estadístico. Estos datos concuerdan con Kramers, O'Brien & Vredenburg (1993) quienes encontraron que los individuos deprimidos con relación a los individuos no deprimidos, informaron obtener notas bajas y estar menos satisfechos con éstas. Además de obtener notas bajas, estos estudiantes señalaron ser menos exitosos haciendo nuevos amigos y en ajustarse al aumento de independencia y automotivación requerida en la universidad y tenían menos confianza en su decisión de proseguir estudios universitarios.

Otros autores, tales como, Guenther & Heiligenstein (1996) llevaron a cabo un estudio en la Universidad de Wisconsin-Madison para estudiar la incidencia de la depresión y su impacto en el desempeño académico. Los resultados obtenidos señalaron que el 92 por ciento (58) de los estudiantes en el estudio mostraron absentismo, disminución en la productividad académica y problemas significativos de relaciones interpersonales en la universidad. De los 58 estudiantes con deterioro en el desempeño académico, nueve (16 por ciento) mostraron evidencia de depresión leve, 25 (43 por ciento) mostraron depresión moderada y 24 (41 por ciento) tenían depresión severa. De los cinco estudiantes que no mostraron deterioro en el desempeño académico, cuatro mostraron depresión leve y uno mostró depresión

moderada.

En esta investigación se observó una correlación positiva y directa entre las variables nivel de percepción de autoeficacia y aprovechamiento académico. Estos datos sugieren que a medida que aumenta o disminuye el nivel de percepción de autoeficacia, aumenta o disminuye su nivel de aprovechamiento académico.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los planteamientos de Bandura (1977) quien señaló que las creencias de eficacia influyen sobre el nivel de esfuerzo, persistencia y selección de actividades académicas. Los/as estudiantes con un alto sentido de eficacia para completar una tarea educativa participarán con mayor disposición, se esforzarán más y persistirán durante más tiempo que aquellos que dudan de sus capacidades ante las dificultades. Además otros autores, Berry (1987) y Multon, Brown y Lent (1991) encontraron que la percepción de autoeficacia contribuye directamente en la ejecución memorística y potencia la persistencia en las actividades académicas. Estos autores demostraron que las creencias de autoeficacia de los jóvenes explicaban el 12 % de la varianza en la persistencia que demostraban ante la tarea. Sin embargo, Multon, Brown & Lent (1991) encontraron una relación más fuerte entre las creencias de eficacia y el logro de los estudiantes cuyo progreso

académico era bajo ( $r=.56$ ) que entre jóvenes con un buen progreso académico ( $r=.33$ ).

Schunk y sus colaboradores, en sus investigaciones, han demostrado el impacto de las creencias de eficacia sobre la implicación en el aprendizaje y el logro académico (Schunk, 1989). Los análisis de regresión revelaron que las creencias de eficacia hacen contribuciones únicas incrementando el logro académico muy por encima de la instrucción (entre  $R^2 = .37$  y  $R^2 = .24$ ). Además, Multon, Brown & Lent (1991) señalaron que la relación entre la autoeficacia percibida y el logro académico también era mayor para los estudiantes de cursos altos y universitarios (.41 y .35 respectivamente) que para los alumnos de la escuela primaria (.21). Estos autores especulaban que los estudiantes de más edad pueden ser más capaces de evaluar sus capacidades académicas debido a su mayor experiencia académica.

Bandura (1993) ha señalado, sin embargo, que la mera posesión de conocimientos y destrezas no significa que una persona vaya a usarlas con efectividad bajo condiciones difíciles. Por ejemplo, estudiantes con el mismo nivel de habilidad pueden diferir considerablemente en su eficacia percibida para manejar las demandas académicas porque la ejecución satisfactoria requiere autorregulación de la motivación, procesos disruptivos de pensamiento y reacciones emocionales aversivas. Las creencias de eficacia, por lo

tanto, contribuyen a la ejecución académica por encima de la habilidad real (Bandura, 1993). En adición, Collins (1982) identificó a niños con alta y baja eficacia matemática percibida dentro de cada uno de los tres niveles de habilidad matemática. En cada nivel de habilidad, los estudiantes que estaban seguros de su eficacia desecharon más rápidamente las estrategias que conducían a resultados falsos, volvían más sobre los problemas no resueltos y lograban una ejecución más alta que los niños con idéntica habilidad, pero inseguros de sus capacidades. Collins descubrió que la autoeficacia era un predictor mejor que la habilidad real de las actitudes positivas hacia las matemáticas.

Los investigadores (Pintrich & de Groot, 1990) han descubierto que la autoeficacia percibida predice el uso que hacen los estudiantes de estrategias de aprendizaje cognitivo y autorregulador en las situaciones de aula, y que estas estrategias a su vez, predicen el logro académico. Por lo tanto, la autoeficacia predice la implicación cognitiva de los estudiantes durante el aprendizaje y los logros académicos.

En los resultados de este estudio, se observó que los/as estudiantes que no tenía síntomas depresivos, no presentaron niveles bajos de percepción de autoeficacia. Sin embargo, los estudiantes con síntomas depresivos, presentaron niveles bajos de percepción de autoeficacia.



En esta investigación se observaron diferencias por nivel académico, pero no así por género. Se observó que no existe una correlación significativa entre las variables nivel de depresión y nivel de aprovechamiento. No obstante, un deterioro en la salud mental (síntomas depresivos) está relacionada con la percepción de autoeficacia, ya que se observó una correlación negativa y significativa. Esto implica que una variación en la percepción de autoeficacia contribuye al cambio en el nivel de depresión.

Estos datos apoyan los planteamientos de Bandura (1999) quien señaló que una baja eficacia para controlar pensamientos disfóricos que contribuyen con la aparición, duración y recurrencia de los episodios depresivos. Esto significa que a menor eficacia percibida para eliminar los pensamientos rumiativos, mayor es la depresión. Los investigadores Sanderson, Rapee y Barlow (1989) encontraron que las personas que creen poder ejercer control sobre las posibles amenazas no las vigilan ni insisten en los pensamientos rumiativos. Estos presentaron evidencias en relación al poder de las creencias de eficacia para transformar cognitivamente las situaciones amenazantes en situaciones benignas. En su investigación, sujetos sometidos a los mismos estresores ambientales, los sujetos que creen que pueden manejarlos permanecen imperturbables, mientras que aquellos que opinan que no pueden manejar personalmente los estresores los

perciben de forma debilitadora.

Los datos de este estudio concurren con los investigadores Blankstein, Flett & Johnston (1992). Estos en su investigación seleccionaron una muestra de estudiantes universitarios y se les preguntó el tipo de problemas que habían experimentado recientemente. Estos encontraron que los problemas más frecuentes fueron de tipo interpersonal, intrapersonal y emocional. Estos mismos autores seleccionaron una tercera muestra de estudiantes con 18 deprimidos (14 femeninos y 4 masculinos) y 18 no deprimidos (13 femeninos y 5 masculinos). Los resultados del estudio demostraron que los estudiantes deprimidos y no deprimidos, no señalaban diferencia en su habilidad para resolver problemas personales. Además, los resultados sugieren que las diferencias en la solución de problemas entre los individuos deprimidos y no deprimidos son primordialmente de naturaleza cognoscitiva y que esos factores cognoscitivos contribuyen a diferencias de conducta. Los estudiantes universitarios deprimidos tenían más expectativas y evaluaciones negativas de su habilidad para resolver problemas a través de los dominios interpersonales, intrapersonales y emocionales.

Bandura (1993) señaló que las creencias de los estudiantes en relación a su eficacia para manejar las demandas de las tareas académicas influyen sobre los estados emocionales, como el estrés, la

ansiedad y la depresión, así como sobre la motivación y el logro académico. En la teoría social cognitiva, la habilidad percibida para controlar sucesos potencialmente amenazadores desempeña un rol central en la activación de la ansiedad y de la conducta de manejo. Morris & Liebert (1970) señalaron que la ansiedad está integrada por aspectos cognitivos y aspectos fisiológicos puede perjudicar o interrumpir el funcionamiento intelectual. Bandura (1999) añadió que cuanto más intensa sea la sensación de eficacia, más propensas son las personas a enfrentarse a situaciones problemáticas que generan estrés y mayor es su éxito logrando modelarlas a su gusto y reduciendo conductas de evitación.

Este mismo autor indicó que cuanto más débil es la eficacia percibida para eliminar los pensamientos rumiativos, mayor es la depresión. El estado de ánimo y la eficacia percibida se influyen bidireccionalmente, un bajo sentido de eficacia para alcanzar las cosas que aportan auto-satisfacción y automerrecimiento conducen a la depresión, y un estado de ánimo depresivo, a su vez, reduce la creencia en la eficacia personal en un ciclo autodesmoralizante cada vez más profundo (Bandura, 1999).

Otros estudios realizados por Kent y Gibbons (1987) y Salkovskis y Harrison (1984) encontraron que el control sobre los pensamientos rumiantivos y molestos es otra forma mediante la cual

las creencias de eficacia regulan la activación de la ansiedad y la depresión. La principal fuente de angustia no es la frecuencia absoluta de los pensamientos perturbadores, sino la inhabilidad percibida para bloquearlos.

La autoeficacia influye claramente en la forma de sentir, pensar y actuar de los individuos. En términos de sentimiento, una baja sensación de autoeficacia viene asociada a depresión, ansiedad e indefensión. En relación al pensamiento, una alta percepción de competencia facilita los procesos cognitivos así como el rendimiento académico. La conducta es preparada mentalmente a través de la anticipación de sucesos positivos o negativos en función de los niveles de autoeficacia (Baessler y Schwarzer, 1996; y Bandura, 1999). En consecuencia, el esfuerzo por el control de nuestro entorno afecta casi todas las acciones de las personas ya que les permite obtener beneficios sociales y personales y consecuentemente éxito.

Los problemas emocionales, tienen un impacto negativo en el desarrollo académico, ya que las personas deprimidas por lo general experimentan dificultad en el control de sus pensamientos disfórico. Estos contribuyen a desarrollar ideas de aspiraciones insatisfechas, maximización de los fracasos académicos, pasividad al realizar sus tareas académicas, aislamiento, evitación de situaciones difíciles y poco compromiso con sus metas académicas.

## CAPÍTULO 8

### CONCLUSIÓN

Esta investigación se realizó con el objetivo de buscar analizar y precisar los distintos factores o aspectos psicosociales que influyen en el aprovechamiento académico de los estudiantes universitarios. A continuación se discuten las hipótesis que se plantearon en esta investigación.

La hipótesis que señaló que *existe una correlación positiva entre el nivel de aprovechamiento académico y una percepción de autoeficacia*. Esta hipótesis se confirmó, ya que el Coeficiente de Correlación de Pearson obtenido fue de  $r=0.118$  con una  $p=.040$ . Estos datos indican que existe una correlación positiva, directa y significativa entre las variables nivel de percepción de autoeficacia y el aprovechamiento académico.

La siguiente hipótesis señaló que *existe una correlación negativa entre el nivel de aprovechamiento académico y el nivel de depresión*. Esta hipótesis no se confirmó, ya que el Coeficiente de Correlación de Pearson obtenido fue de  $r=-0.049$  con una  $p=.397$ . Los datos señalan que no existe una correlación significativa entre las variables nivel de depresión y el aprovechamiento académico.

La hipótesis que planteó que *existe una correlación negativa entre estos dos constructos: nivel de depresión y percepción de autoeficacia*. Esta hipótesis se confirmó, ya que el Coeficiente de Correlación de Pearson obtenido fue de  $r=-0.408$  con una  $p=.000$ . Estos datos revelan que existe una correlación negativa y significativa entre las variables nivel de percepción de autoeficacia y el nivel de depresión, Además, el Coeficiente de Regresión fue  $R=0.408$ , con una  $R^2=0.167$  demostró que existe una relación directa entre la variable dependiente nivel de depresión y la variable independiente nivel de percepción de autoeficacia. Además, el 16.7 por ciento del cambio en el nivel de depresión, se le puede atribuir a la variación de la percepción de la autoeficacia. Esto puede sugerir que la percepción de autoeficacia es un factor protector de la depresión.

En la hipótesis que indicó que *mientras mayor sea el nivel de autoeficacia académica, mayor será su desempeño académico, siempre que no esté presente un deterioro en su salud mental (depresión)*. Esta hipótesis se confirmó, ya que el Coeficiente de Regresión Múltiple obtenido fue de  $R=0.284$ , con una  $F=4.796$ , nivel de significación de  $p>.05$ . Estos datos indican que existe una correlación significativa entre las variables endógenas (nivel de percepción de autoeficacia, nivel de aprovechamiento académico y el nivel de depresión) y las variables exógenas (edad, cantidad de

créditos y tiempo en la universidad). Además, en el análisis de correlación múltiple se observó una influencia de las variables independientes exógenas (edad, cantidad de créditos y tiempo en la universidad) y endógenas (percepción de autoeficacia y depresión) en el nivel de aprovechamiento académico. En este se refleja que la variable dependiente, aprovechamiento académico, está directa y positivamente influenciada por el nivel de percepción de autoeficacia, la cantidad de créditos y el tiempo que lleva estudiando en la universidad. Mientras que está negativa, pero no significativamente influenciada por el nivel de depresión.

Se desprende de los análisis que a mayor o menor grado, el nivel de percepción de autoeficacia, la cantidad de créditos y el tiempo en la universidad incide directa, positiva y significativamente en el nivel de aprovechamiento académico, pero de modo todavía más significativo la salud mental (nivel de depresión) incide en el nivel de percepción de autoeficacia. Por otro lado, las variables exógenas (edad, cantidad de créditos y tiempo en la universidad) parecen tener una incidencia significativa en las variables endógenas (nivel de percepción de autoeficacia, nivel de depresión y nivel de aprovechamiento académico).

En la hipótesis que indicó que *existe una diferencia estadística significativa por Nivel de Clasificación Académica en los estudiantes*

*universitarios con relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y nivel de aprovechamiento académico.*

Esta hipótesis se confirmó, ya que las Pruebas t obtenidas fueron nivel de percepción de autoeficacia ( $t=-3.36$ ,  $p=.000$ ), nivel de depresión ( $t=2.05$ ,  $p=.040$ ) y aprovechamiento académico ( $t=-6.26$ ,  $p=.000$ ). Esto indica que existe diferencias estadísticas significativas entre los estudiantes graduados y subgraduados con relación a las variables nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.

En la hipótesis que establece que *existen diferencias estadísticas significativas entre estudiantes universitarios masculinos y féminas con relación al nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico*. Esta hipótesis no se confirmó, ya que las Pruebas t obtenidas fueron para el nivel de percepción de autoeficacia ( $t=0.233$ ,  $p=0.816$ ), nivel de depresión ( $t=1.21$ ,  $p=0.223$ ) y aprovechamiento académico ( $t=-.177$ ,  $p=0.859$ ). Esto indica que no existe diferencias estadísticas significativas entre las hembras y varones con relación a las variables nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico.

En resumen, los resultados de las hipótesis de la investigación indican que existe una relación significativa entre el nivel de percepción de autoeficacia y aprovechamiento académico. Sin



embargo, no se observó una relación entre el nivel de depresión y aprovechamiento académico. Además, se observó que existen diferencias significativas entre los estudiantes graduados y subgraduados con relación a las variables el nivel de percepción de autoeficacia, depresión y aprovechamiento académico. No obstante, no se observó diferencias significativas entre los estudiantes varones y hembras con relación a estas mismas variables.

## REFERENCIAS

- Abramson, L.Y. Selgman, M.E.P. & Teasdale, J.D. (1978).  
Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Administración de Salud Mental y Contra la Adicción. (2003).  
"Plan for the Comprehensive Community Mental Health Services for Adults with Severe Mental Illness and Children and Adolescents with Seriously Emotionally Disturbance for 2004" (Fiscal Year 2004).
- Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (Marzo, 2004). *Personas Atendidas por la Reforma de Salud Mental, 1996-2003*.
- Airasian, P.W. (1997). *Classroom assessment*. (2<sup>nd</sup> Ed). New York: McGraw-Hill.
- Alegría, M., Kessler, R. Bijl, R., Heeringa, S. & Kolody, B. (2000).  
"Comparing data on mental health use between countries". En Andrew & Herdenson (Eds). *Unmet Needs in Psychiatric*. Cambridge Press, pp.97-119.
- Alegría, M., Kessler, R. Bijl, R., Lin, E., Walters, M., & Kessler, R. (2000). Income Differences in Persons Seeking Outpatient Treatment for Mental Disorders: a comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57: 383-391.

Alegría, M., Robles, R., Freeman, D., Vega, M., Jiménez, A. & Rios, R. (1991). Patterns of mental health utilization Among Island Puerto Rican poor. *American Journal of Public Health*, 81, 875-879.

American College Health Association (2007). American College Health Association, National College Health Assessment Spring 2006: Reference Group Data Report. *Journal of American College Health*, 55, 195-206.

American Psychiatric Association. (1984). *American Psychiatric Glossary*. Washington, DC, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association,

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (1952). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Association.

Andreasen, N.C., Rice J., Endicott J, et al (1987). Familial rates of affective disorder: a report from the National Institute of Mental Health Collaborative Study. Arch Gen Psychiatry 44, 461-469.

Arco, J.L., Fernández, F.D., Heilborn, V.A. & López, S. (2005). Demographic, academic and psychological profiles of students attending counseling services at the University of Granada, Spain. International Journal for the Advancement of Counseling, 27, 71-85.

Atkinson, J. W. (1957). Motivational determinante of risk taking behavior. Psychological Review, 64, 359-372.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 84, 191-215.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. American Psychologist, 37, 122-147.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1988). Perceived self-efficacy: Exercise of control through self-belief. En J. P. Dauwalder, M. Pérez, y V. Hobi (Eds.), Annual series of European research in behavior therapy (Vol. 2, pp. 27-59). Amsterdam/Lisse: Swets y Zeitlinger.

Bandura, A. (1991). Self-regulation of motivation through anticipatory and self-regulatory mechanism. En R. A. Dienstbier (Ed.), Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation (Vol. 38, pp. 69-164). Lincoln: University of Nebraska Press.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. Educational Psychologist, 28, 117-148.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. Washington: Freeman and Company.

Bandura, A. (1999). Auto-Eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la Sociedad actual. Bilbao: Desclée De Brouwer.

Bandura, A. Adams, H.E., Hardy, A.B. & Howells, G.N. (1980). Tests of the generality of self-efficacy theory. Cognitive Therapy and Research, 4 (1), 39-66.

Bandura, A. y Cervone, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences in cognitive motivation. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 38, 92-113.

Barcia, D. (1997). Sobre las formas de enfermar en psiquiatría. En M. Gutierrez, J. Ezcurra y P. Pichot (Eds.), *Cronicidad en psiquiatría* (pp. 57-74). Barcelona: Rubes, Monografias de Neurociencias, Nº8.

Barklage, N.E. (1991). Evaluation and management of the suicidal patient. *Emergency Care Quarterly* 7, 9-17.

Bauer, M.S. & Whybrow, P.C. (1990). Rapid cycling bipolar affective disorder, II: treatment of refractory rapid cycling with high-dose levothyroxine: a preliminary study. *Arch Gen Psychiatry* 47:435-440.

Bemporad, J.R. (1988). Psychodynamic models of depression and mania, in *Depression and Mania*. Edited by Georgotas A, Cancro R. New York, Elsevier, pp 167-180.

Benassi, V.A., Sweeney, P.D. & Dufour, C.L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (3), 357-367.

Berganza, C. y Aguilar, G. (1992). Depresion in Guatemalan Adolescents. *Adolescente*, 27, 771-782.

Berrios, G.E. (1988). Depressive and manic states during the nineteenth century, in *Depression and Mania*. Edited by Georgotas A, Cancro R. New York: Elsevier, 16.

Berry, J. M. (1987, September). A self-efficacy model of memory performance. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, New York.

Biran, M. y Wilson, G. T. (1981). Treatment of phobic disorders using cognitive and exposure methods: A self-efficacy analysis. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 49, 886-899.

Blankstein, K.; Flett, G.; & Johnston, M. (1992). Depression, problem-solving ability, and problem-solving appraisals. *Journal of Clinical Psychology*, 48, (6), 749.

Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss* (Vol 3). *Loss: Sadness and Depression*. New York: Basic Books.

Bricall, J.M. (1999). Universidad 2000. Informe encargado por la Conferencia de Rectores Europeos. Recuperado el 29/03/2007 de <http://www.crue.org/informeuniv2000.htm>.

Brookhart, S.M. (1991). Letter: Grading practices and validity. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 10 (1), 35-36.

Brookhart, S.M. (1993). Teacher's grading practices: Meaning and values. *Journal of Educational Measurement*, 30(2), 123-140.

Bunker Aponte, H.F. (1966). *Principios fundamentales de evaluación para educadores*. (2nd Ed). Ediciones de la Universidad de Puerto Rico, Río Piedras, Puerto Rico.

Burke, Jr. J.D, y Regier, D.A. (1996). Epidemiología de los trastornos mentales. En Hales, R.E. Yudofsky, S.C., y Talbott, J.A. Tratado de Psiquiatría. 2da Edición. Ancora S.A.

Burns, R. (1990). El autoconcepto (en línea). Bilbao: Ega.  
Accesible en internet en:  
[http://72.14.207.104/search?q=cache:zPsY9OcM2BQJ:www.campus-oei.org/revista/deloslectores/627Herrera.PDF+Burns,+1990&hl=es&gl=es&ct=clnk&cd=1&lr=lang\\_es|lang\\_en](http://72.14.207.104/search?q=cache:zPsY9OcM2BQJ:www.campus-oei.org/revista/deloslectores/627Herrera.PDF+Burns,+1990&hl=es&gl=es&ct=clnk&cd=1&lr=lang_es|lang_en)

Cadoret, R.J. (1981). Enviromental and genetic factors in predicting adolescent antisocial behavior in adoptees. Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 6, 220-225.

Caplan, P.J. (1995). They say you're crazy. Reading, M.A: Addison-Wesley.

Chung, R. & Okazaki, S. (1991). Counseling Americans of Southeast Asian descent: The impact of the refugee experience. In C. C. Lee & B. L. Richardson (Eds). Multicultural issues in counseling: New approaches to diversity. Alexandría. VA: American Assoation for Counseling and Development (107-126).

Cloninger, C.R., Martin, R.L. & Guze, S.B., et al. (1986). A prospective follow-up and family study of somatization in men and women. American Journal of Psychiatry 143:873-878,



Coll y Toste, C. (1922). Boletín Histórico de Puerto Rico. Tomo IX. San Juan Puerto Rico: Cantero Fernández & Co.

Collazo, A.A. & López, A.G. (1994). Investigación evaluativa de los métodos de evaluación y calificación en el nivel primario en las escuelas públicas de Puerto Rico. Centro de Investigaciones Educativas. Facultad de Educación, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras.

Collins, J. L. (1982). Self-efficacy and ability in achievement behavior. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association, New York.

Consejo de Educación Superior (2000). Educación Superior en Puerto Rico: Hacia una visión de futuro, documento base. San Juan, Puerto Rico.

Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (2004). La Educación Superior en Puerto Rico: Observatorio de la Educación Superior de América Latina y el Caribe. San Juan, Puerto Rico.

Costa, J.M. (1994). Manual de psiquiatria. Bellaterra: Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Cross-National Collaborative Group. (1992). The changing rate of major depression: cross-national comparisons. JAMA, 268, 3098–3105.

Crowe, R.R., Noyes, R., Pauls, D.L., et al: 1983A family study of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 1065–1069.

Crowson, J.J. & Cronwell, R.L. (1995). Depressed and normal individuals differ both in selection and in perceived tonal quality of positive-negative messages. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 305-311.

Cruz, V., Alarcón, J. y Cruz, G. (2007). Epidemiología de Salud Mental. En *Epidemiología Básica: E.A.P. Medicina Humana*. Recuperado el 13 de noviembre de 2007 de [http://www.epiredperu.net/epired/ppts/curso\\_epibas/epibas\\_mh07\\_text19.pdf](http://www.epiredperu.net/epired/ppts/curso_epibas/epibas_mh07_text19.pdf).

Cruz, V., Alarcón, J. y Cruz, G. (2007). Epidemiología de Salud Mental. En *Epidemiología Básica: E.A.P. Medicina Humana*. Recuperado el 13 de noviembre de 2007 de [http://www.epiredperu.net/epired/ppts/curso\\_epibas/epibas\\_mh07\\_text19.pdf](http://www.epiredperu.net/epired/ppts/curso_epibas/epibas_mh07_text19.pdf).

Cruz, V., Alarcón, J. y Cruz, G. (2007). Epidemiología de Salud Mental. En *Epidemiología Básica: E.A.P. Medicina Humana*. Recuperado el 13 de noviembre de 2007 de [http://www.epiredperu.net/epired/ppts/curso\\_epibas/epibas\\_mh07\\_text19.pdf](http://www.epiredperu.net/epired/ppts/curso_epibas/epibas_mh07_text19.pdf).

Cuesta Mendoza, A. (1946). Historia de la Educación en el Puerto Rico Colonial: Volumen I, 1508 - 1821. 2da Ed. México: Manuel León Sánchez.

Cuesta Mendoza, A. (1974). Historia de la educación en Puerto Rico: 1512-1826. New York: AMS Press.

Cunningham, G.H. (1998). Assessment in the classroom: Constructing and interpreting test. Londres: Falmer Press.

De la Rosa, J. & Díaz, R. (1991). Evaluación del autoconcepto: una escala multidimensional. Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 23, (1).

De Alba Alicea, R. (1984). El aprovechamiento de un grupo de estudiantes desde tercero hasta sexto grado y su relación con la cooperación de sus padres en las tareas escolares. Universidad de Puerto Rico, Tesis.

De Jesus Travado, J.D. (1988). Rendimiento Académico de los estudiantes suspendidos por deficiencias académicas del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico al inicio del primer semestre del año académico 1987-88. Universidad de Puerto Rico.

Delbrey Fernández, C. (1979). Índice Cronológico y Alfabético al Boletín Histórico de Puerto Rico. Caguas: Editorial Turabo, Inc.

Dent, J., & Teasdale, J.D. (1988). Negative cognition and the persistence of depression. Journal of Abnormal Psychology, 97, 29-34.

Ebel, R.L. (1972). *Essentials of educational measurement*. New Jersey: Prentice-Hall.

Egeland, J.A. & Hostetter, A.M. (1983). Amish study, I: Affective disorders among the Amish. *American Journal of Psychiatric*, 140, 56-61.

Ellis, A. (1981) *Terapia Racional Emotiva*. Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao, España.

Emmelkamp, P.M.G. (2004). Behavior therapy with adults. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed.). New York: Wiley. (pp.393-446).

Ewart, C.K. (1992). Role of physical self-efficacy in recovery from heart attack. En R. Sachwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere. (pp. 287-304)

Fajardo Vélez, V. (1999) *Historia de la Reforma Educativa: Transformación de la Escuela Pública Puertorriqueña*. Editorial Departamento de Educación. Gobierno de Puerto Rico. Departamento de Educación. Informe Especial DE-07-12 6 de noviembre de 2006.

Fawcett J, Scheftner WA, Fogg L, et al. (1990). Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1189–1194.

Feather, N. T. (1982). Expectancy-value approaches: Present status and future directions. In N. T. Feather (Ed.), *Expectations and*

actions: Expectancy-value models in psychology. Hillsdale, NJ:

Lawrence Erlbaum Associates. (pp. 395-420)

Feltz, D.L., Landers, D. M. y Raeder, U. (1979). Enhancing self-efficacy in high avoidance motor tasks: A comparison of modeling techniques. *Journal of Sport Psychology*, 1, 112-122.

Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science Medicine*, 45, 1207-1221.

Font, J. (1983). Salud y enfermedad mental. En J.L. Tizon y M.T. Rosell (Coords.), *Salud Mental y Trabajo Social*. Barcelona: Laia. (pp. 92-109)

Frank, E., Kupfer, D.J., Perel, J.M., et al. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives General of Psychiatry*, 47, 1093-1099.

Freud, S. (1917). Mourning and melancholia, in *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth, 1957, pp 237-260.

Freud, S. (1917). "Duelo y melancolía", *Obras Completas*, Tomo XIV, Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Chapman, T.F., et al. (1993). A direct interview family study of social phobia. *Archives General of Psychiatry*, 50, 286-293.

Fyer, A.J., Mannuzza, S., Gallops, M.S., et al. (1990). Familial transmission of simple phobias and fears: a preliminary report. *Archive General of Psychiatry* 47, 252–256.

García, J., Espino, A. y Lara, L. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Madrid: Diaz de Santos.

Gershon, E.S., Schreiber, J.L., Hamovit, J.R., et al. (1984). Clinical findings in patients with anorexia nervosa and affective illness in their relatives. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1419–1422.

Gershon, E.S. (1990). Genetics, in *Manic-Depressive Illness*. Edited by Goodwin FK, Jamison KR. New York: Oxford University Press. (pp 373–401).

Gist, M. E. (1989). The influence of training method on self-efficacy and idea generation among managers. *Personnel Psychology*, 42, 787-805.

Goldenberg, M. y Lubchansky, I.L. (1990). Salud mental. En A. Sonis (Dir.), *Medicina sanitaria y administración de salud. Actividades y técnicas de salud pública* (Tomo I, pp. 293-323). Buenos Aires: El Ateneo.

González Pérez, J. (1990). *El aprovechamiento académico en niños víctimas de maltrato*. Universidad de Puerto Rico.

Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (1990). *Manic-Depressive Illness*. New York: Oxford University Press.

Goodwin, D.W. & Guze, S.B. (1984). *Psychiatric diagnosis* (3<sup>rd</sup> Ed.). New York: Oxford University Press.

Gotlib, I. (1994). Psychological aspects of depression: toward a cognitive-interpersonal integration. *The American Journal of Psychiatry*, 151, 140.

Gracia, D. y Lázaro, J. (1992). Historia de la psiquiatría. En J.L. Ayuso y L. Salvador (Dir.), *Manual de psiquiatría*. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España. (pp. 17-31)

Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (1995). *El apoyo social*. Barcelona: PPU.

Gracia-Guillen, D. (1990). El enfermo mental y la psiquiatría española de la postguerra. *Informaciones psiquiátricas*, 120 (2), 161-171.

Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, et al: The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry* 54:405-418, 1993

Greist, J.H., & Jefferson, J.W. (1997). *Depression and Its Treatment*, Revised Edition. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Hammen, C.L. (1985). *Predicting depression: A cognitive-behavioral research and therapy*. (Vol.4). New York: Academic Press.

Hedlund, S. & Rude, S.S. (1995). Evidence of latent depressive schemas in formerly depressed individuals. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 517-525.

Heiby, E.M. (1983). Depression as a function of the interaction of self and environmentally controlled reinforcement. *Behavior Therapy*, 14, 430-433.

Heiligenstein E, Guenther G, Hsu K, Herman K. *J Am Coll Health*. 1996 Sep;45(2):59-64. Depression and academic impairment in college students. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8908879>

Hernández, M. (1997). La salud mental en atención primaria. *Realidades y controversias. Archivos de neurobiología*, 60 (3), 201-206.

Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Life stress, hassles, and self-efficacy in aging; A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 17,574-592.

Hyman SE (2000). Mental illness: genetically complex disorders of neural circuitry and neural communication. *Neuron*, 28, 321–323.

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Nueva York: Basic Books.

Jefferson, J.W. y Greist, J.H. *Trastornos del estado de ánimo en* Robert E. Hales, Stuart C. Yudofsky y John A. Talbott. (1996). *Tratado de Psiquiatría*. 2nd Edition. The American Psychiatric Press.



Jerusalem, M. y Mittag, W. (1995). Self-efficacy in stressful life transitions. En A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 177-201). New York: Cambridge University Press

Jiménez Chafey, M. y Villafañe Santiago, A. (2008). Necesidades psicosociales de los estudiantes que han recibido servicios del Departamento de Consejería para Desarrollo Estudiantil (DCODE) de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, 23, 193-209.

Just, N. & Alloy, L.B. (1997). The response styles of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 221-229.

Kanavagh, D. J. y Bower, G. H. (1985). Mood and self-efficacy: Impact of joy and sadness on perceived capabilities. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 507-525.

Kanfer, R., & Zeiss, A. M. (1983). Depression, interpersonal standard-setting, and judgments of self-efficacy. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 319-329.

Kassett, J.A., Gershon, E.S., Maxwell, M.E., et al (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1468-1471.

Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. (2003). "Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients" *Arch Gen Psychiatry*, 60(9), 897-903.

[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12963671&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12963671&dopt=Abstract)

Kavanagh, D. J., & Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with a group version of cognitive therapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 333-347.

Keller, M.B., Klerman, G.L., Lavori, P.W., et al. (1984). Long-term outcome of episodes of major depression. *JAMA* 252:788-792,

Keller, M.B., Lavori, P.W., Mueller, T.I., et al. (1992). Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 809-816.

Kendler, K.S., Heath, A.C., Martin, N.G., et al: (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: same genes, different environments? *Arch Gen Psychiatry*, 44, 451-457.

Kent, G. y Gibbons, R. (1987). Self-efficacy and the control of anxious cognitions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 33-40.

Kleinman, A. (1991). Culture and DSM-IV: Recommendations for the introduction and for the overall structure. Pittsburgh: Conference on Culture and DSM-IV.

Kraepelin, E. (1921). *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*. Translated by Barclay RM. Edited by Robertson GM. Edinburgh, E & S Livingstone.

Kraus, J. Scott, T. Treatment of Schizophrenia in the public sector. In Jeffrey A. Lieberman , T. Scott Stroup, y Diana O. Perkins (2006). *The American Psychiatric Publishing Textbook of Schizophrenia*. American Psychiatric Publishing, Inc.

Kubiszyn, T. & Borich, G. (1996). *Educational testing and measurement*. New York: Harper Collins.

Lackovic-Grgin, K.& Dekovic, M. (1990). The contribution of significant others to adolescents' self-esteem. *Adolescence*, 25, 100, 839-846.

Lara, M.E., Klein, D.N. & Kasch, K.L. (2000). Psychosocial predictors of the short-term course and outcome of major depression: A longitudinal study of a nonclinical sample with recent-onset episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 644-650.

Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress appraisal, and coping*. New York: Springer.

Leibenluft, E. & Wehr, T.A. (1992). Is sleep deprivation useful in the treatment of depression? *American Journal of Psychiatry*, 149, 159-168.

Leonhard, K. (1953). "Manual de Psiquiatría", traducción de Solé-Sagarra. Madrid: Ed. Morata.

Lewinsohn, P.M. (1974). A behavioral approach to depression. In Friedman, R.J. & Katz, M.M. (Eds). (1974). *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. New York: Academic Press.

Lewinsohn, P.M., Joiner, T.E. & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 203-215.

Lewinsohn, P.M., Zeiss, A.M. & Duncan, E.M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 387-398.

Litt, M.D. (1988). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 149-160.

Lluch Canut, T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positive. Tesis Doctoral, Universidad de Barcelona.

Locke, E. A. y Lathan, G. P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

López Borrero, A. (2005). Mi Escuelita, Educación y arquitectura en Puerto Rico. Editorial Universidad de Puerto Rico

López Yustos, A. (1992). Compendio de historia de la educación. Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas.

López Yustos, A. (2006). Historia documental de la educación en Puerto Rico. Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas.

Mayor, J. & González, J. (1995). Estrategias metacognitivas: aprender a aprender y aprender a pensar. Madrid: Síntesis.

McCombs, B. L. (1989). Self-regulated learning and academic achievement: a phenomenological view. En Zimmerman, B.J . y Schunk, D. H. (Eds.). (2001). Self-regulated learning and academic achievement. Nueva York: Springer-Verlag.

McGuffin, P. & Katz, R. (1989). The genetics of depression and manic-depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 155, 294–304.

McKenzie, J. (1964). The dynamic of deviant achievement. *Personnel and Guidance Journal*, 42, 683-686.

McKinney, W.T. (1988). Animal models for depression and mania, in *Depression and Mania*. Edited by Georgotas A, Cancro R. New York: Elsevier. (pp 181–196).

McMillan, J.H. (1997). Classroom assessment: Principles and practice for effective instruction. Boston: Ally & Bacon.

Medina Díaz, M. & Verdejo Carrión, A. (2000). Evaluación del Aprendizaje Estudiantil. San Juan: Isla Negra Editores.

Meece, J. L., Wigfield, A., & Eccles, J. S. (1990). Predators of math anxiety and its influence on young adolescents' course enrollment intentions and performance in mathematics. *Journal of Educational Psychology*, 82,60-70.

Meichenbaum, D. H. (1977). Cognitive-behavior modification: An integrative approach. New York: Plenum Press.

Merikangas, K.R. (1989). Genetics of alcoholism: a review of human studies, in *Genetics of Neuropsychiatric Diseases*. Edited by Wetterberg I. London: Macmillan. (pp 269–280)

Mesa, P.J. (1986). El marco teórico de la psicopatología. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla. Manuales Universitarios.

Ministerio de Sanidad y Consumo (1985). Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Madrid: Servicio de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaria General Técnica.

Miranda, E. (1997). Ansiedad y Autoeficacia: un intento de clarificación conceptual y relacional. *Revista Horizontes*, XXXIX (77), 29-65.

Monroe, M. & Simons, A.D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110, 406-425.

Montoya de Moreno, Ana R. (1968). Comparación de aprovechamiento académico en base a índices de escuela superior y de la universidad obtenidos por 240 estudiantes que en el 1966-67 ingresaron en la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras, Escuela Graduada de Pedagogía, Tesis de la Universidad de Puerto Rico.

Morris, L.W., & Liebert, R.M. (1970). Relationship of cognitive and emotional components of test anxiety to physiological arousal and academic performance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 35, 332-337.

Multon, R., Brown, S., & Lent, R. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 30-38.

National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services. (June 20, 2007) The NIH Almanac - Historical Data: Legislative Chronology. July 28, 1955—The Mental Health Study Act authorized the Surgeon General to award grants to non-governmental organizations for partial support of a nationwide study and reevaluation of the problems of mental illness. Under this act, the Joint

Committee on Mental Illness and Health was awarded grant support for 3 years. (P.L. 84-182, 69 Stat. L. 381.). Recuperado 10 de octubre de 2007 de [http://www.nih.gov/about/almanac/historical/legislative\\_chronology.htm](http://www.nih.gov/about/almanac/historical/legislative_chronology.htm).

Negociado del Censo de los Estados Unidos de América (2000).

Negrón de Montilla, A. (1990). La americanización de Puerto Rico y el sistema de Instrucción Pública 1900-1930.

Nemeroff. C.B. (1998). Psychopharmacology of affective disorders in the twenty-first century. *Biological Psychiatry*, 44, 517-525.

Nieves Herrera, J. (1997). Interrogar o examinar: Un enfoque sobre evaluación en el medio educativo. Segunda edición. Santa Fe de Bogotá, Cooperativa Editorial Magisterio.

Nitko, A.J. (1996). Educational assessment of students (2<sup>nd</sup> Ed). New Jersey: Prentice-Hall.

Nolen-Hoeksema, D., Girgus, J.S. y Seligman, M.E. (1992). Predictor and consequences of childhood depressive symptoms: A 5 year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 405-422.



Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.

Nollen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.

Noyes R Jr, Clarkson C, Crowe RR, et al: A family study of generalized anxiety disorder. *Am J Psychiatry* 144:1019-1024, 1987

Noyes, R.Jr., Crowe R.R., Harris, E.L., et al. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: a family study. *Archive General of Psychiatry*, 43, 227-232.

O'Brien, S.J., Menotti-Raymond, M., Murphy, W.J., Nash. W.G., Wienberg, J., Stanyon, R., Copeland, N.G., Jenkins, N.A., Womack, J.E. & Marshall Graves, J.A. (1999). The promise of comparative genomics in mammals. *Science*, 286, 458-481.

Oates, K. & Peacock, A. (1984). Intellectual development of battered children. *Australia and New Zealand Journal of Development Disabilities*, 10 (1). 27-29.

Olaz, F. (2001). La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional. Tesis. Facultad de Psicología. U.N.C. Argentina. Accesible en internet en: <http://www.des.emory.edu/mfp/olaz.pdf>

Organización Mundial de la Salud (1961). Preparación de programas de higiene mental (Décimo Informe del Comité de Expertos en Salud Mental). Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Serie de Informes Técnicos Nº 223.

Page, J.D. (1982). Manual de psicopatología. Barcelona: Paidós.

Pajares, F. & Miller, D. (1994). Role of Self-Efficacy and Self-Concept Beliefs in Mathematical Problem Solving: A Path Analysis. *Journal of Educational Psychology*, 86, 193-203.

Paykel, E.S. (1982). Life events and early environment, in *Handbook of Affective Disorders*. Edited by Paykel, E.S. New York: Guilford. (pp 146–161)

Pérez, Nol. Los Obispos. (págs. 282-283) citado en Cuesta Maldonado (1946).

Pichot, P. (1997). El concepto de cronicidad. En Gutiérrez, M. Ezcurra, J. y Pichot, P. (Eds.). *Cronicidad en psiquiatría*. Barcelona: Rubes Ediciones en Neurociencias. (pp. 21-40)

Pinel, J.P. (2001). *Biopsicología*. 4ta Ed. Madrid: Pearson Prentice Hall.

Pintrich, P. y De Groot, A. (1990). Motivational and self-regulated learning components of classroom academic performance. *Journal of Educational Psychology*, 82, 33-40.

Post, R.M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999–1010.

Public Law 182-JULY 28, 1955. Recuperado el 10 de octubre de 2007 de <http://www.history.nih.gov/01Docs/historical/documents/PL84-182.pdf>.

Public Law 88-164-OCT. 31, 1963. Recuperado el 10 de octubre de 2007 de <http://www.history.nih.gov/01Docs/historical/documents/PL88-164.pdf>

Puente Ferreras, A. (1998). *Cognición y Aprendizaje: Fundamentos psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide. (p. 218)

Ramos Valencia, R. (2003). Estudio Continuo de Salud para los Municipios de Puerto Rico del 2002). Departamento de Salud de Puerto Rico y la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas. Recuperado el 25 de enero de 2008 de [http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/bio-epi/Estudio\\_Continuo.htm](http://www.rcm.upr.edu/PublicHealth/bio-epi/Estudio_Continuo.htm).

Raps, C.S., Peterson, C., Reinhard, K.E., Abramson, L.Y. & Seligman, M.E.P. (1982). Attributional styles among depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 102-108.

Regier, D.A., Boyd, J.H., Burke, J.D., et al. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States—based on five Epidemiologic Catchment Area sites. *Archive General of Psychiatry*, 45, 977–986.

Regier, D.A., Goldberg, I.D., Taube, C.A. (1978). The de facto US mental health services system: a public health perspective. *Archive General of Psychiatry*, 35, 685–693.

Reichert, R. (1902). *Acta Capítulo General de la Orden de Predicadores* citado en Cuesta Maldonado (1946).

Reiner, R.O., Kaufmann, C.A. & Knowles, J.A. (1996). *Genética*, Capítulo 2. En Hales, R.E., Yudofsky, S.C. & Talbott, J.A. *Tratado de Psiquiatría*. 2 da Ed. Ancora, S.A.

Rivera Mass, E., Fernández Corner, N., Torres Rivera, A., y Parrilla Cruz, C. (2005). *Análisis de la Salud de Puerto Rico, Salud Mental*.

Rivera Mass, E., Fernández Cornier, N., Torres Rivera, A., & Parrilla Cruz, C. *Análisis de la Salud de Puerto Rico, Salud Mental*. Accesado 3 de febrero de 2008. Internet:  
[http://www.tendenciaspr.com/Salud/Tablas\\_salud\\_mental/analissaludmental.pdf](http://www.tendenciaspr.com/Salud/Tablas_salud_mental/analissaludmental.pdf)

Rodríguez Meléndez, R. (2006). *La educación en Puerto Rico (1503-1900)*. Disponible en

<http://www.puertadetierra.com/historia/educacion/educacion1.htm>.

Recuperado en 3/24/2007.

Rodríguez Meléndez, R. (2006). La educación en Puerto Rico (1900-2005). Disponible en

<http://www.puertadetierra.com/educacion2.asp>, Recuperado en 3/24/2007.

Rodríguez Pacheco, C. (1981). Aprovechamiento académico de los estudiantes del programa de nivel avanzado (1975) de la Universidad de Puerto Rico, Oficina de Planificación y Desarrollo, Sección de Estudios Institucionales.

Rodríguez Rodríguez, S. (1976). Las relaciones familiares y el ajuste de la personalidad y su relación con el aprovechamiento académico de estudiantes del Colegio La Milagrosa. Tesis de la Universidad de Puerto Rico.

Rojo, J.E. (1997). Estructuración del conocimiento en psiquiatría. En J. Vallejo (Ed.), *Psiquiatría* (pp.1-24). Barcelona: Masson.

Ruiz Sánchez de León, J.M., Fernández Guinea, S. y González Marqués, J. (2006). Aspectos teóricos actuales de la memoria a largo plazo: De las dicotomías a los continuos. *Anales de la Psicología*, 22(2), 290-297.

Ruiz, C. (1982). Normalidad y anormalidad en psiquiatría. En C. Ruiz, D. Barcia y J.J. Lopez-Ibor (Dir.), *Psiquiatría (Vol.I)*. Barcelona: Toray. (pp. 429-432)

Saarento, O., Christiansen, L., Göstas, G., Hakko, H., Lönnerberg, O., Muus, S., Sandlund, M., Öiesvold, T. y Hansson, L. (1999). El estudio comparativo nórdico sobre psiquiatría sectorizada: hospitalizaciones repetidas de urgencia durante un seguimiento de un año. *European psychiatry (edic. española)*, 6, 227-235.

Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., & Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys *The Lancet*, 370, (9590), 851-858.

Salkovskis, P. M. y Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions –a replication. *Behavior Research and Therapy*, 22, 549-552.

Sánchez, A. (1991). *Psicología Comunitaria. Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención (2ª ed.)*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.

Sanderson, W.C., Rapee, R.M. y Barlow, D.H. (1989). The influence of illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5,5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157-162.

Saranson, (1975). Anxiety and self-preoccupation. En I. G. Sarason y D. C. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (Vol 2. pp. 27-44). Washington, DC: Hemisphere.

Scarano, Francisco A. (1998). *Puerto Rico: Una historia contemporánea*. México: McGraw-Hill.

Scarano, Francisco A. (1999). *Puerto Rico: Cinco siglos de historia*. México: McGraw-Hill.

Scarano, Francisco A. (1999). *Puerto Rico: Una historia contemporánea*. México: McGraw-Hill.

Schunk, D. & Zimmerman, B. (1998). *Self-Regulated Learning: From Teaching to Self-Reflective Practice*. New York: Guilford Press.

Schunk, D. H. (1987). Peer models and children's behavioral change. *Review of Educational Research*, 57,149-174.

Schunk, D. H. (1989). Self-efficacy and achievement behaviors. *Educational Psychology Review*, 1,173-208.

Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness*. San Francisco: Freeman.

Seligman, M.E.P. (1987). Stop blaming yourself. *Psychology Today*, 21, 30-32, 34, 36-39.

Sellés Solá, G. y Osuna, J.J. (1943). *Lecturas históricas de la educación en Puerto Rico*. Universidad de Puerto Rico.

Seva, A. (1983). *Salud Mental Evolutiva*. Zaragoza: Pórtico.

Spellings, M. (2006). *A Test of Leadership: Charting the Future of U.S. Higher Education*. U.S. Department of Education.

Stoops, N. (2004). *Educational Attainment in the United States: 2003*. United States Census, June.

Stoudemire, A., Frank, R. & Hedemark, N. et al. (1986). The economic burden of depression. *General Hospital of Psychiatry*, 8, 387–394.

Strickland, B.R. (1992). Women and depression. *Current Directions in Psychological Science*, 1(4), 132-135.

Strober, M., Morell, W., Burroughs. J., et al. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239–246.

Stroebe, M. & Stroebe, W. (1991). Does “grief work” work?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 479-482.

Sue, D., Wing, D. & Sue, S. (2006). *Understanding Abnormal Behavior*. 8<sup>th</sup> Ed. Boston: Houghton Mifflin Company.

Thase, M.E. (1990). Relapse and recurrence in unipolar major depression: short-term and long-term approaches. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51 (6), 51–57.

Thorndike, R.L. & Hagen, E. (1955). *Measurement and evaluation in psychology and education*. New York: John Wiley & Sons.



Tizón, J.L. (1996). Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde la atención primaria. (4ª edic.). Barcelona: Biblaria.

Torres, R. (1997). "Estudio sobre la Depresión en Estudiantes Universitarios en Ponce, Puerto Rico". Programa Alcance Pionero, Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico. Documento Inédito.

U.S. Surgeon General (1999). Mental health: A report of the Surgeon General. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Ugalde, M. y Lluch, M.T. (1991). Salud Mental. Conceptos básicos. En A. Rigol y M. Ugalde (Eds.), Enfermería de Salud Mental y Psiquiátrica (pp. 47-56). Barcelona: Salvat.

Vallejo, J. (1998). Introducción a la psicopatología y la psiquiatría (4ª ed.). Barcelona: Masson.

Vallejo-Nagera, J.A. (1985). Introducción a la Psiquiatría (15ª ed.). Barcelona: Científico-Médica.

Vázquez, C. (1990). Historia de la psicopatología. En F. Fuentenebro, F. y Vázquez, C. (Ed). (1990). Psicología médica, psicopatología y psiquiatría. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España. (Vol. I, pp. 415-448)

Villalbí, J. y Farrés, J. (1998). La reforma de la atención primaria de salud: una valoración crítica. Cuadern CAPS, 27, 14-22.

Vredenburg, K., Flett, G. & Krames, L. (1993). Analogue versus clinical depression: A critical reappraisal. *Psychological Bulletin*, 113, (2), 327.

Weiner, B., Russel, D. y Lerman, D. (1978). Affective consequences of causal ascriptions. En H. Harvey, W. Ickes, y R.F.Kidd (Eds.). *New directions in attribution research*. Hillsdale, NJ: Erlbraum. (Vol. 2, pp. 55-90)

Weiner, B., Russel, D. y Lerman, D. (1979). The cognition-emotion process in achievement-related contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 760-773.

Weissman, M.M., Gershon, E.S., Kidd, K.K., et al. (1984). Psychiatric disorders in the relatives of probands with affective disorders: the Yale University-National Institute of Mental Health Collaborative Study. *Archive General of Psychiatry*, 41, 13-21.

Weissman, M.M., Leaf, P.J., Bruce, M.L., et al. (1988a). The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity, and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.

Weissman, M.M., Leaf, P.J., Tischler, G.L., et al. (1988b). Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine*, 18, 141-153.

Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., et al. (1989). The functioning and well-being of depressed patients. *JAMA*, 262, 914–919.

Wylie, R.C. (1974). *The self-concept*. University of Nebraska Press: Lincoln and London.

Zimmerman, B. J., & Ringle, J. (1981). Effects of model persistence and statements of confidence on children's efficacy and problem-solving. *Journal of Educational Psychology*, 73, 485-493.

Zimmerman, B., Bandura, A., & Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation or academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal-setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663-676.

Apéndices

## Apéndice A: Instrumento de Recopilación de Datos

## **HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

### **Autoeficacia, Depresión y su relación con el Aprovechamiento Académico en Estudiantes Universitarios**

#### **Descripción**

Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre algunos aspectos relacionados al aprovechamiento académico en estudiantes universitarios. Esta investigación es realizada por José A. Serra Taylor.

El propósito de esta investigación es estudiar y analizar las posibles correlaciones entre el aprovechamiento académico, la autoeficacia, la depresión y las variables sociodemográficas.

Usted fue seleccionado para participar en esta investigación y el investigador solicitó al Registrador la cantidad de estudiantes matriculados, cantidad de secciones y procederá a sacar la cantidad de estudiantes necesarios para realizar el estudio. Se realizó un muestreo por conglomerado con el número de secciones matriculadas con su respectiva cantidad de estudiantes. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 320 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se le solicitará llenar una batería de pruebas que usted podrá constestar por sí solo/a. Esto le tomará aproximadamente 5 a 10 minutos.

#### **Riesgos y beneficios**

Esta investigación conlleva riesgos mínimos. Sin embargo, de usted sentirse incómodo/a al completar el instrumento de investigación o si el investigador así lo observara. Usted podrá entregar el instrumento o el investigador le solicitará que entregue el mismo. Si usted requiere algún servicio de ayuda de un profesional de la conducta humana se le coordinará, de así solicitarlo.

Los beneficios esperados de esta investigación son identificar las variables significativas que se relacionan adecuadamente con el aprovechamiento académico. Esto disminuirá la posibilidad de fracasos en la universidad y aumentará la retención en las universidades.

#### **Confidencialidad**

La identidad del participante será protegida *ya que esta página se separará de instrumento que usted contestará. Además, toda información o datos que pueda identificar al participante serán manejados confidencialmente.* Para esto se tomarán las siguientes medidas de seguridad: se colocará la base de datos en un archivo comprimido encriptado para prevenir el acceso a esta información.

Solamente el investigador, José A. Serra Taylor, tendrán acceso a los datos crudos o que puedan identificar directa o indirectamente a un participante, incluyendo esta hoja de consentimiento.

Estos datos serán almacenados se mantendrá en un archivo bajo llave localizado en la Villa del Rey IV, Calle 16-A, RR-9, en Caguas. Además, la información que se procesará electrónicamente se guardará en un archivo comprimido y encriptado en un “pen drive” y se ubicará en el mismo lugar antes mencionado, por un periodo de cinco años una vez concluya este estudio. *Luego de este tiempo se destruirá esta información a través de un triturador de papeles y se borrará información contenida en el disco compacto.*

### Derechos

**Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.**

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con *José A. Serra Taylor* al (787-367-0963). De tener alguna pregunta sobre sus derechos como participante o reclamación o queja relacionada con su participación en este estudio puede comunicarse con la Oficial de Cumplimiento o la Decana Auxiliar de Investigación del Recinto de Río Piedras de la Universidad de Puerto Rico, al teléfono 764-0000, extensión 2515 ó a [cipshi@degi.rrp.upr.edu](mailto:cipshi@degi.rrp.upr.edu).

**Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.**

_____ Nombre del participante	_____ Firma	_____ Fecha
----------------------------------	----------------	----------------

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento con el arriba firmante. Le he explicado los riegos y beneficios del estudio.

_____ Nombre del investigador	_____ Firma	_____ Fecha
----------------------------------	----------------	----------------

### ***Carta de Presentación***

El investigador este estudio desea conocer la relación que existe entre *"La autoeficacia Percibida, el Nivel de Depresión y el Aprovechamiento Académico en Estudiantes Universitarios"*. Este estudio tiene como objetivo principal describir y explicar los aspectos psicosociales relacionados al aprovechamiento académico en los(as) estudiantes universitarios.

Para la realización de esta investigación se han seleccionado a los participantes utilizando un muestreo por conglomerado. Este consistió en la selección de algunas secciones registradas en las facultades de Administración de Empresas, Ciencias Sociales, Ciencias Naturales, Educación, Estudios Generales y Educación. A los(as) estudiantes que acepten participar en la investigación su participación es de carácter voluntario, estrictamente confidencial y anónimo. Además, en cualquier momento que sienta incomodidad puede abandonar el proceso. Solamente el investigador tendrá acceso a la información obtenida.

Por lo que solicitamos tu desinteresada colaboración. La participación consistirá en llenar un cuestionario que contiene dos (2) escalas y una planilla sociodemográfica. La misma se puede contestar en un tiempo entre 5 a 10 minutos.

Cordialmente.

José A. Serra Taylor  
Investigador



### Instrucciones:

Este instrumento de recopilación de datos (pruebas) contiene dos (2) escalas y requiere que usted lea las instrucciones antes de completar el mismo. Por favor conteste el mismo en su totalidad. En cada una de las afirmaciones (aseveraciones) usted solo puede marcar una respuesta. Además, se solicita que complete la información demográfica de usted.

A continuación encontrará una serie de afirmaciones sobre su actuación ante distintas situaciones. Conteste marcando con una X en el espacio adecuado en la columna que mejor corresponda a su preferencia:

<i>Escala General de Autoeficacia</i>	Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se oponga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Venga lo que venga, por lo general, soy capaz de manejarlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Si me encuentro una situación difícil, generalmente, se me ocurre qué debo hacer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente, se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, señale una respuesta de cada una de las siguientes aseveraciones. Conteste marcando con una X en el espacio adecuado en la columna que mejor corresponda a su preferencia:

<i>Escala Autoadministrada de la Depresión</i>	Nunca o Muy Pocas Veces	Alguna vez	Frecuentemente	La Mayoría del Tiempo o Siempre
1. Me siento descorazonado, melancólico y triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Por la mañana es cuando mejor me siento*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Siento deseo de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me cuesta trabajo dormir durante la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Como tanto como solía comer antes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Disfruto conversando, mirando y estando con mujeres/hombres atractivos(as)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Noto que estoy perdiendo peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Tengo problemas de estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mi corazón late más rápidamente que lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me canso sin motivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mi mente esta tan despejada como siempre*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo esperanzas en el futuro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me irrito más de lo normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Encuentro fácil el tomar decisiones*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Siento que me necesitan y que soy útil*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Llevo una vida satisfactoria*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Siento que los demás estarían mejor si yo estuviese muerto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Todavía disfruto de las cosas que solía hacer*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Planilla de Datos Demográficos*

Circle el número de la alternativa que aplique a usted y conteste llenando la información que se solicita en el blanco correspondiente si esta aplicara a su situación.

1. ¿Cuál es su sexo?    1. Femenino    2. Masculino
2. ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es su estado civil?   1. Soltero/a   2. Casado/a   3. Separado/a   4. Divorciado/a   5. Viudo/a   6. Convivencia
4. ¿Cuántos años de estudios tienes en la universidad? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es la cantidad de créditos que has aprobados en este momento? \_\_\_\_\_
6. ¿En cuál nivel académico de la universidad te encuentras estudiando? \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál es tu promedio académico acumulado al momento? \_\_\_\_\_
5. ¿Has consumido drogas o alcohol?    1. Si    2. No, ¿Cuándo fue la última vez? \_\_\_\_\_
6. ¿Padeces alguna condición física actualmente?            1. Si    2. No, ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_
7. ¿Has padecido alguna condición emocional?            1. Si    2. No, ¿Cuál/es? \_\_\_\_\_
8. ¿Has perdido (muerte o separación) alguna persona significativa?   1. Si   2. No, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**|||||**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!

Apéndice B: Cronología Histórica del desarrollo de la Educación  
superior en Puerto Rico

## Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en Puerto Rico

1532	Estudios Generales en América por mandato del Papa Clemente VII.
1903	Creación de la Universidad de Puerto Rico.
1908	El Congreso de los Estados Unidos de América le extendió a la UPR los beneficios de la Ley Morrill-Nelson, convirtiéndose en una Land-Grant Collage
1910	Se amplían los ofrecimientos de la UPR al crearse el Departamento de Artes Liberales en Río Piedras con la aprobación de la Junta de Síndicos.
1911	Se establece el Colegio de Agricultura de la UPR en el Municipio de Mayagüez, el cual está localizado en el oeste de Puerto Rico. Un año más tarde cambia el nombre a Colegio de Agricultura y Artes Mecánicas (CAAM).
1912	Se establece el Instituto Politécnico de Puerto Rico en el Municipio de San Germán, localizado en el oeste de la isla. Esta institución fue fundada por el misionero presbiteriano norteamericano John Will Harris, con el propósito de ofrecer enseñanza primaria y secundaria. En el 1921 se comenzó el ofrecimiento de cursos del nivel universitario. En el 1957 la institución cambió su nombre a Universidad Interamericana de Puerto Rico (UIPR).
1913	La UPR establece los colegios de Farmacia y Leyes.
1920-1930	La UPR establece el Colegio de Administración y la Escuela de Medicina Tropical y se inicia el primer ofrecimiento de Maestría (Maestría en Artes en Estudios Hispánicos).

Cont. Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en  
Puerto Rico

1935	Se establece el Colegio Universitario del Sagrado Corazón. Esta institución surge del llamado "Colegio de las Madres", el cual fue fundado por religiosas francesas de la Orden del Sagrado Corazón para la educación de mujeres. En el 1970, las religiosas transfieren el gobierno del colegio a una Junta de Síndicos de mayoría laica y en el 1972 la institución admite a los primeros estudiantes varones. En el 1976 la institución se transforma en la Universidad del Sagrado Corazón (USC).
1943	Se lleva a cabo una reforma académica en la UPR, teniendo como resultado la creación de las facultades de Humanidades, Ciencias Naturales, Ciencias Sociales y el programa de Estudios Generales, que se convierte en Facultad en 1945.
1944	El Instituto Politécnico de Puerto Rico (posteriormente UIPR) se convierte en la primera institución de América Latina en ser acreditada por una entidad acreditadora norteamericana (Middle States Association of Colleges and Schools).
1948	Se establece la Universidad Católica Santa María en Ponce, ciudad localizada en el sur de la isla. En sus comienzos, la hoy Pontificia Universidad Católica (PUCPR) estuvo afiliada a la Universidad Católica de América en Washington.
1949	Se funda en Río Piedras el Puerto Rico High School of Commerce, el que luego pasa a llamarse Puerto Rico Junior College (PRJC). Esta institución seguía el concepto de los junior y community colleges existentes en los Estados Unidos, los cuales se concentraban en la preparación de los estudiantes en sus primeros dos años de formación universitaria. Ésta se convierte en la primera institución de educación superior privada laica. Se asigna por ley al Consejo Superior de Enseñanza la facultad de otorgar certificados de reconocimiento a las Instituciones de Educación Superior (IES) privadas que lo solicitaran voluntariamente.

Cont. Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en  
Puerto Rico

1959	Se crea mediante ley el Conservatorio de Música de Puerto Rico con el propósito de preparar y capacitar músicos para nutrir la Orquesta Sinfónica de Puerto Rico, y proveer maestros de música para el sistema de la educación pública.
1960-1970	Esta década se caracteriza por la expansión geográfica de las principales instituciones a través de la creación de unidades en distintos municipios de Puerto Rico.
1961	La Universidad Central de Bayamón (UCB) fue fundada en 1961 por los Padres Dominicos como un colegio regional de dos años de la PUCPR. El mismo fue localizado en el Municipio de Bayamón, al oeste de San Juan. Hasta el 1970 fue una institución que otorgaba grados asociados y cursos de primer y segundo año. En el 1970, la Junta de Síndicos de la UCB decidió por unanimidad obtener autonomía y acreditación independiente.
1961	El Colegio Adventista de Puerto Rico, localizado en Mayagüez, es autorizado a ofrecer los programas de nivel universitario que hasta entonces se ofrecían en el Colegio Antillano de Santa Clara en Cuba. En el 1962 cambia su nombre a Colegio Antillano y en el 1989 se convierte en la Universidad Adventista de las Antillas.
1963	Se establece el Programa de Doctorado en Estudios Hispánicos en la Universidad de Puerto Rico, primer ofrecimiento doctoral en el País.

Cont. Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en  
Puerto Rico

1966	Se aprueba una nueva ley universitaria que reorganiza la estructura administrativa de la UPR. Esta ley crea el concepto de un sistema universitario con un presidente como principal funcionario ejecutivo y una junta de gobierno como organismo rector, el Consejo de Educación Superior (CES). Se crea el Recinto de Ciencias Médicas (RCM) al que se adscribe la Escuela de Medicina. Junto a los ya existentes de Río Piedras y Mayagüez, este recinto entra a formar parte del sistema de la UPR. Además, se crea la Administración de Colegios Regionales, la cual estaría a cargo de las unidades académicas que se habían establecido en varios municipios del país.
1966	Se crea la Escuela de Artes Plásticas (EAP), adscrita al Instituto de Cultura Puertorriqueña (ICPR). En el 1971 se enmienda la ley orgánica del ICPR y se le autoriza a la EAP el establecimiento de un programa formal para la enseñanza de técnicas artísticas.
1969	El PRJC se expande hacia el Municipio de Gurabo, en el centro de la isla, y se reorganiza bajo el nombre de Fundación del PRJC. En el 1974 ocurre otra reestructuración y se adopta el nombre de Fundación Educativa Ana G. Méndez. Posteriormente este nombre cambia al de Sistema Universitario Ana G. Méndez (SUAGM). Este último cambio surge como resultado de la evolución de los tres recintos del PRJC (dos en Río Piedras y el de Gurabo) hacia universidades autónomas, conocidas en la actualidad como: Universidad del Turabo (UT), Universidad Metropolitana (UMET) y Universidad del Este (UNE).

Cont. Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en  
Puerto Rico

1970-1980	Durante esta década se inicia la expansión de la educación superior, en parte como resultado del surgimiento de nuevas instituciones universitarias. Algunas de estas instituciones se habían organizado en la década anterior con programas educativos postsecundarios no universitarios. La creación, de parte del Gobierno de Estados Unidos, de los programas de ayudas económicas para estudios propició el surgimiento de nuevas instituciones de educación superior (IES). La Ley de Educación Superior aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en el 1965, y sus posteriores enmiendas, tenía el propósito de facilitar el acceso a la enseñanza postsecundaria.
1976	Se aprueba la Ley 31 que establece el requisito obligatorio de licencia o permiso para operar a las IES privadas que se establezcan en el país. Dichas funciones son encomendadas al CES, entonces junta de gobierno de la UPR.
1989	El CES promulga el Reglamento para el Otorgamiento de Licencia a Instituciones Privadas de Educación Superior.
1993	Se crea mediante la Ley Número 17 el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico (CESPR). Este organismo se crea con el propósito de coordinar los esfuerzos de la educación superior en Puerto Rico, tanto del sector privado como del público, desde una estructura separada de la UPR. Se extiende el requisito de obtención obligatoria de licencia para operar a las IES públicas. Se crea, además, una junta de síndicos como nuevo cuerpo rector para la UPR.



Cont. Cronología Histórica del Desarrollo de la Educación Superior en  
Puerto Rico

2000-2001	<p>Para el año académico, operaban en Puerto Rico 46 instituciones de educación superior (IES), con 98 unidades institucionales (recintos, escuelas y centros). La matrícula total fue de 184,126 estudiantes. Esto representa cerca del 7.0 por ciento de la población de 18 años o más y sobre el 40.0 por ciento de la población entre las edades de 18 a 24 años. De las 46 IES, siete son públicas y poseen una matrícula de 74,115 estudiantes. Esto quiere decir que el 40.3 por ciento de la matrícula se concentra en el sector público. Las 39 IES privadas se distribuyen de la siguiente forma de acuerdo con su afiliación y tipo de organización: 23 son instituciones laicas sin fines de lucro, 11 operan con fines de lucro y cinco son instituciones religiosas sin fines de lucro (tres católicas, una evangélica y otra adventista). Cabe señalar que la mayoría de las instituciones de nivel universitario en Puerto Rico son instituciones dedicadas principalmente a la enseñanza ("teaching institutions"). La matrícula total en las instituciones privadas era de 110,011 estudiantes.</p>
-----------	---